

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1896

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 22 Juillet 1896, à 1 heure*

Par le Docteur LOUIS DORISON

Capitaine de chasseurs à pieds

RHINITE HYPERTROPHIQUE

SES CONSÉQUENCES LOCALES ET GÉNÉRALES

ÉTUDE CRITIQUE DE SON TRAITEMENT

Utilisation de la Cocaïne et du Nosophène

Président. M. PINARD, professeur.  
Juges..... { MM. MARCHAND, professeur.  
VARNIER, agrégé.  
BROCA, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUYE

15, rue Racine, 15

1896

523



Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1896

THÈSE N° —

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 22 Juillet 1896, à 1 heure*

Par le Docteur LOUIS DORISON

Capitaine de chasseurs à pieds

## RHINITE HYPERTROPHIQUE

SES CONSÉQUENCES LOCALES ET GÉNÉRALES

ÉTUDE CRITIQUE DE SON TRAITEMENT

Utilisation de la Cocaïne et du Nosophène

Président. M. PINARD, professeur.  
Juges..... { MM. MARCHAND, professeur.  
                          VARNIER, agrégé.  
                          BROCA, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS  
IMPRIMERIE DES ÉCOLES  
HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1896

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | <b>MM.</b>     |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   | CH. RICHEL.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | A. GAUTIER.    |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | N....          |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | { DIEULAFOY.   |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | { DEBOVE       |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie.....                                                 | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | G. POUCHET.    |
| Hygiène.....                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.....                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | LABOULBENE.    |
|                                                                    | STRAUS         |
|                                                                    | { G. SEE.      |
| Clinique médicale.....                                             | { POTAIN.      |
|                                                                    | { JACCOUD.     |
|                                                                    | { HAYEM.       |
|                                                                    | GRANCHER.      |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | RAYMOND.       |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | { DUPLAY.      |
|                                                                    | { LE DENTU.    |
| Clinique chirurgicale.....                                         | { TILLAUX.     |
|                                                                    | { BERGER.      |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GUYON.         |
| Clinique ophthalmologique.....                                     | PANAS.         |
| Cliniques d'accouchements.....                                     | { TARNIER.     |
|                                                                    | { PINARD.      |

*Professeur honoraire : M. PAJOT.*

### Agrégés en exercice.

| MM.         | MM.                   | MM.                 | MM.      |
|-------------|-----------------------|---------------------|----------|
| ACHARD.     | GAUCHER.              | MENETRIER.          | THOINOT. |
| ALBARRAN.   | GILBERT.              | NELATON.            | TUFFIER. |
| ANDRÉ.      | GILLES de la TOURETTE | NETTER.             | VARNIER. |
| BAR.        | GLEY.                 | POIRIER, chef des   | WALTHER. |
| BONNAI R.   | HARTMANN.             | travaux anatomiques | WEISS.   |
| BROCA.      | HEIM.                 | RETTERRER.          | WIDAL.   |
| CHANTEMESSE | LEJARS.               | RICARD              | WURTZ.   |
| CHARRIN.    | LETULLE.              | ROGER.              |          |
| CHASSEVANT. | MARFAN.               | SEBILEAU            |          |
| DELBET.     | MARIE.                | THIERRY.            |          |

*Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.*

---

Par délibération en date du 6 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CUNÉO

Inspecteur général du service de santé de la Marine.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine, mon Président de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Membre de l'Académie de médecine.



## PRÉFACE

Depuis mon enfance, je suis la victime de mon nez, et je serais bien tenté, pour mon compte personnel, de prendre très au sérieux les termes ironiques dont s'est servi M. le docteur Lermoyez dans un article paru dans les Annales des maladies de l'oreille en 1888, pour caractériser les tendances actuelles des rhinologistes : « le nez devient envahissant, le nez devient immense, le nez menace d'engouffrer toute la pathologie. »

Hélas, oui ! pour les gens, qui, comme moi, ont le malheur d'être atteints de rhinite hypertrophique, l'existence entière, il faut bien l'avouer, pivote autour de ce point central à tous égards, le nez ; la journée du « rhiniteux » se passe en efforts plus ou moins infructueux de sa part pour dégager au moins l'une de ses deux fosses nasales, pour obtenir pendant un instant la respiration par les voies physiologiques, sinon pour cesser de ressembler au portrait peu flatteur que Catlin, de Londres, faisait de lui, en 1861 : « la « bouche » de l'âne est « agréable (*sic*) et même élégante (!) comparée à celle « des gens qui ont le nez bouché. »

Chez lui, le « rhiniteux » prend les postures les plus incommodes, quelquefois les plus bizarres ; il passe son temps étendu, couché tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, pour chercher à décongestionner momentanément l'une

ou l'autre de ses narines ; réveillé en sursaut au milieu de la nuit par l'obstruction de son nez, il se lève et fait dans sa chambre, au grand désagrément des gens qui dorment au dessous de son appartement, du pas gymnastique afin d'activer sa circulation générale, et do'btienir ainsi le dégorgement de sa pituitaire ; bien heureux encore quand cet exercice violent ne détermine pas le début d'un accès d'asthme, cette complication si fréquente des affections nasales ! Le « rhiniteux » n'ose jamais se découvrir la tête, pas plus le jour que la nuit, de peur d'un refroidissement dont les effets seront désastreux pour lui : coryza aigu de longue durée, hydorrhée intarissable, arrêt total de la respiration nasale, céphalée, etc ; le « rhiniteux » se préoccupe à l'avance des invitations à aller dans le monde qu'il peut recevoir, car il sait ce qui le menace : la saison est belle, le froid n'a pas congestionné ses fosses nasales, la marche les a même rendues quelque peu perméables ; notre sujet arrive chez ses hôtes ; il est gai et sa gaité est communicative ; il est plein d'entrain, et on écoute avec plaisir ses lazzi ; mais tout à coup le condamné au nez bouché à perpétuité a senti venir son « aura » ; il a perçu dans son nez un léger chatouillement dont la signification ne lui est que trop connue ; ses bons mots s'arrêtent net ; il se mouche, une première fois, sa conversation languit davantage ; son premier mouchoir est mouillé, le « rhiniteux » ne cause plus du tout ; il est d'autant plus malheureux, qu'au lieu d'être désobstrué de par la quantité prodigieuse de liquide qu'il sécrète, son nez se bouche peu à peu et de plus en plus, de sorte que si le « rhiniteux » vient à boire à ce moment, son nez

va faire entendre un bruit de drapeau, un gargouillement tout à fait en dehors des bienséances.

Je ne dis pas quel serait le désespoir de notre sujet, si, au moment où il sent son nez devenir « envahissant », il s'apercevait qu'il a oublié de charger ses poches de mouchoirs, car cet accident ne lui arrive pas ; il peut oublier sa clef, sa montre, son porte-monnaie, il n'oublie jamais de prendre ses mouchoirs quand il doit s'absenter quelque peu de chez lui ; pour moi, je ne m'embarque jamais en chemin de fer sans en avoir une demi-douzaine sur moi ; il est, dès lors, facile d'escompter ce que j'en dois prendre, lorsqu'un de mes amis me joue le mauvais tour de m'inviter à aller passer un jour ou deux chez lui, à la campagne ; cela devient une véritable provision !

Jusqu'à présent, je n'ai parlé que des misères du « rhiniteux » hydrorrhéique, mais, hélas ! ce ne sont pas là toutes ses peines. Trop souvent, le « rhiniteux », je n'ose pas dire le malade, car la rhinite hypertrophique, ne forçant pas ses victimes à garder le lit, ni même la chambre, est généralement considérée — par ceux qui n'en sont pas atteints — comme un « bobo » et non une vraie maladie, le rhiniteux donc est trop souvent atteint de névroses réflexes consécutives à son affection nasale, et, parmi ces névroses, l'asthme est la plus fréquente et la plus redoutable.

Je dis bien « la plus redoutable », car ici, il ne va plus s'agir de petits ridicules, ou d'ennuis subis par l'homme du monde ; il s'agit d'une maladie, d'une maladie qui a encore son ridicule, je le veux bien, surtout quand celui qui en est atteint est encore un jeune homme, mais qui

n'en est pas moins épouvantable quelquefois par ses conséquences. Qu'on me permette, sur ce point, de me citer moi-même comme argument *ad hominem*.

Je suis asthmatique depuis l'âge de douze ans ; au lycée déjà, j'ai manqué un nombre considérable de classes à cause de mes nombreux séjours à l'infirmerie ; la nuit, pendant que mes camarades dormaient, je devais me lever et sortir du dortoir où j'étouffais ; j'allais m'asseoir pendant une heure, deux heures, tout le reste de la nuit, sur une marche d'escalier où le veilleur venait quelquefois me tenir compagnie, pris de pitié qu'il était pour cet enfant qu'il croyait, lui et bien d'autres à cette époque, poitrinaire.

Cet asthme qui me martyrisa au lycée en m'empêchant de dormir à un âge où on a tant besoin de sommeil, me suivit à Saint-Cyr, où il faillit m'empêcher d'entrer ; il me suivit depuis dans toutes les étapes de ma carrière militaire ; ai-je besoin de dire combien je dus en souffrir lorsque, sous-lieutenant et lieutenant, je devais faire de longues marches militaires et des manœuvres, partir à trois heures et demi ou quatre heures du matin après une nuit d'oppression et de toux ? ai-je besoin de dire combien de fois je dus me faire porter malade, parce qu'au moment de partir pour un exercice, j'étais pris d'un accès, ou parce que la dyspnée consécutive à un accès nocturne n'était pas encore dissipée et me mettait hors d'état de marcher ?

Mais cet asthme ne devait pas borner là ses méfaits ; je suis, en effet, en ce moment, en non-activité pour infirmités temporaires de par mon asthme et mon emphy-

sème, de par ma rhinite, devrais-je dire ; si bien que, de guerre lasse, je me suis décidé à me créer une nouvelle situation, et à faire, à quarante ans, ma médecine ; trop heureux encore d'avoir eu le goût des choses médicales qui m'avait fait commencer mes études en amateur, alors que j'étais jeune sous-lieutenant, ce qui me permit, au moment du besoin, de terminer ces études en trois ans, pendant lesquels j'ai été si heureux de rencontrer des maîtres bienveillants comme M. le docteur Cunéo, M. le professeur Pinard et M. le professeur agrégé Reclus dont l'affectueuse sympathie ne m'a jamais été marchandée ; je leur en suis très-reconnaissant, et leur exprime ici toute ma gratitude.

Après ces longs préambules destinés à montrer combien ce « bobo », cette « petite infirmité » que semble être la rhinite hypertrophique, peut avoir de conséquences malheureuses, on comprendra sans doute que j'aie été naturellement porté à en faire le sujet de cette thèse.

De plus, tandis que je servais d'aide à M. le docteur Cuvillier, aux Enfants-Malades, en 1894, je pus constater par moi-même la rétraction énorme de la muqueuse des fosses nasales consécutive à l'application d'un tampon de cocaïne ; delà à penser à utiliser sur ma muqueuse à moi ce médicament, il n'y avait qu'un pas. Après quelques essais dont je parlerai plus loin, j'obtins une amélioration absolument merveilleuse de ma situation nasale par l'insufflation de poudre de chlorhydrate de cocaïne : plus de nez bouché, plus de bouche desséchée le matin, plus de crises d'hydropnée, plus d'accès d'asthme ; en somme, la

cocaïne m'avait donné l'existence de tout le monde, que je n'avais jamais connue auparavant.

Cependant, je dois reconnaître que ce brillant tableau est obscurci d'une ombre : j'avais tellement vu, pendant quinze mois que je fus son élève assidu, M. le docteur Reclus manier constamment la cocaïne sans aucun inconvénient, que je n'avais aucune peur de ce médicament, que je n'en avais même pas assez peur, car, entraîné par l'habitude et le soulagement que j'en avais éprouvé, il m'arriva ce qui était arrivé à un malade de Luff (1) qui en était venu à priser trois grammes de cocaïne par jour, et à deux malades cités par Lœwenberg (2), dont l'une prisait un gramme quatre-vingt par jour pour un coryza hypertrophique ; je fus incommodé, mais je ne fus qu'incommodé, et, quoique nerveux moi-même, ce qui était aussi le cas d'une des malades de Lœwenberg et de plusieurs autres, je ne fus incommodé qu'après un temps assez long et éprouvai alors des inconvénients à peu près semblables à ceux relevés par M. le docteur Hallopeau dans sa célèbre observation de 1891 (3), par Déjerine (4), Erlenmeyer et Manquat (5), mais non ceux signalés par Ball, Magnan (6), Saury, Se-

1. Seifert. Dangers de la cocaïne prise par le nez, in *Revue de laryngologie*, 1892.

2. Lœwenberg. Cocaïnisme chronique d'origine nasale, in *Bulletin médical* de 1895, page 253.

3. Hallopeau. *Bulletin général de Thérapeutique*, 1891, t. 170, p. 481.

4. Déjerine, *Société de biologie*, 1887.

5. Manquat, *Traité de Thérapeutique*, 1895, 2<sup>e</sup> vol, p. 320.

6. Magnan, *Société de biologie*, 26 janvier 1889.

glas (1), et encore moins ceux indiqués par Heimann (affaiblissement du sens moral, malpropreté, désordre dans les idées).

Quand je crus devoir utiliser sur moi-même la cocaïne, j'avoue que je n'avais encore fait aucune recherche dans la littérature médicale, et je crus naïvement avoir fait une découverte thérapeutique précieuse pour mes confrères en rhinite ; d'où la confirmation de mes projets de thèse.

Hélas ! je dus bientôt rabattre de mes prétentions, et j'eus à faire une fois de plus, l'expérience que le mot de TERENCE, rappelé par M. Ruault, précisément à propos du traitement de la rhinite hypertrophique est toujours vrai : *Nullum est jam dictum, quod non dictum sit prius*.

Au lieu donc de prétendre faire une thèse originale et intéressante, je dois me borner à faire, à l'occasion de mon cas personnel, un travail bibliographique, de compilation ; je demanderai seulement la permission de faire, malgré mon peu de compétence, quelques critiques, quand l'occasion s'en présentera, au sujet des affirmations des auteurs, de quelques-unes des observations rapportées, et des modes de traitement proposés ou acceptés par eux.

Je termine cette longue préface par l'indication de l'ordre que je suivrai dans ce travail :

1° Je commencerai par rapporter mon observation personnelle, puisque premièrement elle est le point de départ de ma thèse, et qu'ensuite j'y ferai de nombreuses allusions au cours de ce travail.

1. Ségla, Société de biologie, 1887.

2° je rappellerai succinctement ce qui a été dit de la rhinite hypertrophique, de son anatomie pathologique, de son étiologie, de ses conséquences (névroses réflexes).

3° Je ferai le relevé des divers traitements qui ont été employés contre la rhinite hypertrophique ou ses complications, et je les discuterai brièvement.

4° Un index bibliographique donnera la série des publications faites sur le sujet qui m'occupe et ce qui s'y rapporte.

## CHAPITRE I

### MON OBSERVATION PERSONNELLE

Dès mon enfance, j'eus le nez enchifrené, et je n'en veux pour preuve que le nombre incalculable de gifles que mon père m'administra parce que je reniflais sans cesse.

Cependant, tant que j'habitai des pays chauds, Algérie ou Provence, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 12 ans, rien ne pouvait attirer l'attention sur mon nez que les reniflements dont je viens de parler, et qui pouvaient, à la rigueur, passer pour n'être que le résultat d'une mauvaise habitude.

Mais à cette époque, novembre 1869, je fus envoyé à Amiens, où j'entrai au lycée comme interne. C'est de ce moment que datent mes premiers accès d'asthme ; au début, ces accès ne se montrèrent que l'hiver, et ce ne furent guère d'abord que des quintes nocturnes de toux avec peu d'expectoration, et sans dyspnée.

Peut-être ne s'agissait-il encore que d'une toux réflexe comme celle qu'ont signalée Cartaz (1), Seiler et J. Mackenzie, de Baltimore, à la suite de la simple introduction d'instruments dans le nez, ou encore la toux noc-

1. Cartaz : *France Médicale*, du 1<sup>er</sup> août 1885.

turne remarquée par Gonzalès-Alvarez chez les enfants par suite de la simple accumulation des mucosités dans certaines régions des fosses nasales pendant le sommeil (1).

Peut-être cette toux spasmodique avait-elle l'origine indiquée par Riegel (2), qui croit à un spasme réflexe du diaphragme dont l'origine est le nez, et la cause, l'irritation des filets nerveux de la muqueuse nasale hypertrophiée, et accolée à elle-même par le boursoufflement de la portion qui recouvre les cornets et de celle qui revêt la cloison.

Je préfère, je l'avoue, pour ce symptôme, toux sans dyspnée, cette explication à celles données par Weber qui croit à un gonflement hyperémique des bronches, et par Lublinski qui croit à un spasme bronchique, car ce gonflement et ce spasme des bronches me semblent devoir difficilement exister sans une dyspnée plus ou moins intense (4) ; or, j'ai dit qu'à cette époque, je n'avais pas

1. Gonz. Alvares : *Revue des sciences médicales de Martel*, octobre 1885. Voir encore Moure : *Névroses d'origine réflexe*, in *Traité des maladies des fosses nasales*.

2. In Lublinski : *Mémoire sur les affections nasales*, lu à la Société de médecine interne de Berlin.

3. La même observation peut être faite à l'encontre de la théorie de Hack, de Francfort (1884) ; cet auteur suppose qu'il y a dans la muqueuse des fosses nasales des nerfs spéciaux qu'il appelle *nervi erigentes* et qu'il ferait mieux de nommer nerfs très-hypothétiques ; ce serait la compression de ces nerfs par le gonflement hyperémique de la pituitaire qui donnerait lieu aux réflexes de même ordre du côté des bronches.

Il est vrai que, en ce qui concerne l'accès d'asthme en particulier, Hack admet une autre explication qui n'entraîne pas la suppression d'hyperémie ; les accès dyspnéiques d'origine nasale

encore d'asthme vrai, mais une sorte de toux spasmodique sans dyspnée.

Ce n'est que peu à peu que les quintes de toux s'accompagnèrent d'oppression, encore les premiers accès furent-ils de courte durée ; puis la dyspnée s'accrut jusqu'à devenir angoissante lorsque les accès étaient plus violents que d'habitude. Mais, à cette période encore, je retrouve le caractère irritatif, spasmodique des crises ; je me souviens en effet d'un accès formidable que j'eus un soir d'hiver, en 1871, où, ayant assisté à une leçon de chimie sur l'acide sulfureux, j'inhalai une certaine quantité de ce gaz qui s'était répandu dans la salle ; je fus suffoqué à ce point qu'on dut me faire porter au dortoir ; la dyspnée était si terrible que j'en étais devenu incapable de porter mon mouchoir à la figure pour y éponger la sueur qui m'inondait. (Et dire que des médecins ont proposé de traiter l'accès d'asthme par des inhalations d'acide sulfureux !) (1).

J'ai si peu parlé de mon nez jusqu'ici qu'il semblerait devoir être mis hors de cause dans l'étiologie de ma névrose respiratoire, et que la théorie de l'asthme nasal n'a rien à voir dans la question ; et pourtant, il n'en est rien.

seraient dûs à la rétention de  $\text{CO}_2$  dans le sang incomplètement oxygéné par suite de la sténose nasale, et ce  $\text{CO}_2$  irait exciter le centre respiratoire bulbaire.

1. Probablement parce qu'ils rapprochaient de ce fait que les eaux sulfureuses seraient utiles dans l'asthme l'observation de Viaud-Grandmarais que si l'inflammation des allumettes est pénible aux asthmatiques, c'est non en raison de l'acide sulfureux dégagé, mais bien des produits de combustion du phosphore (1).

Si l'on ne s'était pas encore occupé de mes fosses nasales à ce moment, c'est que le médecin du lycée n'y songeait probablement pas, ce dont il est excusable, étant donnée l'époque (1871) où j'eus affaire à lui.

J'avais, en effet, déjà dû prendre des arrangements avec la lingère du lycée : tous les matins, je mouillais trois mouchoirs, et je me souviens encore très nettement que ce n'était qu'après la récréation de midi, après un certain exercice par conséquent, que mon nez commençait à se sécher ; encore ne devais-je pas, dans le restant de la journée, garder trop longtemps la tête penchée en avant, si je ne voulais pas inonder mes cahiers d'une véritable pluie sereuse et limpide, dégouttant de mes narines.

De plus, je n'avais été qu'indisposé jusqu'alors ; je commençai, en 1871, à avoir le nez complètement bouché aux moments où survenaient les crises hydrorrhéiques, c'est-à-dire fort souvent, comme on voit.

Il est donc certain que mes fosses nasales étaient soumises à un processus continu, dont la manifestation avait été d'abord un simple enchifrènement, puis de l'hydrorrhée et de l'obstruction intermittente, et c'était simultanément qu'apparaissaient et se dessinaient peu à peu les accès d'asthme ; j'ai donc le droit d'associer ces divers phénomènes comme l'ont fait Voltolini, en 1871, le premier (1), Hœnisch en 1874, Hartmann et Schaeffer en 1879, Fraenkel, Herzog, Wille, Schadewald en 1881, Mulhall, de Saint-Louis, Joal, du Mont-Dore, en 1882, et

1. Voltolini : *Traité de la galvanocaustie*, 1871, p. 249.

Lœwe, de Berlin, enfin Hack, de Francfort, en 1884, qui passa pendant longtemps pour être le père de la question, parce que les travaux de ses prédécesseurs étaient restés inaperçus.

D'ailleurs, comme nous le verrons plus tard, Voltolini lui-même n'a aucun titre à hériter de la succession de Hack, car il a eu lui-même de nombreux initiateurs. A la théorie de l'asthme purement nasal, MM. Ruault et Brissaud objectent que si, à la vérité, l'asthme est souvent d'origine nasale, ce n'est jamais que chez les nerveux héréditaires, c'est-à-dire que le facteur important ne serait plus le nez, mais bien l'hérédité; certes, je ne propose pas mon observation comme allant à l'encontre de cette affirmation, car je suis très certainement nerveux et je suis fils de nerveux; cependant je ferai remarquer que mon asthme n'a débuté qu'après les premiers accidents de rhinite et que, d'autre part, il a été enrayé comme nous le verrons, quand l'état de mes fosses nasales a été amélioré, et cette constatation, que j'ai été à même de faire chez moi-même, une foule d'autres amateurs l'ont faite; qu'importe donc que la cause première de la maladie soit le système nerveux ou le nez, si le traitement de ce dernier seul parvient à guérir le malade? et justement, ce que je reproche à la théorie de MM. Ruault et Brissaud, c'est de faire négliger le traitement nasal qui, pour moi est le plus important, et de mettre en vedette le traitement général qui échouera souvent, qui a échoué sur moi, comme je le montrerai bientôt.

De 1871 à 1873, ma situation ne se modifia guère; peu peu, j'avais perdu l'odorat, et je constatai vers cette

époque que mon oreille gauche, celle du côté de la fosse nasale la plus malade, était devenue un peu dure : elle ne percevait le tic-tac d'une montre qu'à partir de cinq centimètres, tandis que le même bruit était perçu à droite à une distance de huit centimètres.

En 1873, j'eus pour la première fois des accès d'asthme pendant l'été, et toujours les attaques débutaient suivant la même progression ; c'était, pour les premiers accès, une démangeaison invincible du larynx entraînant une toux intermittente dont chaque effort amenait l'expulsion d'un crachat gommeux ; peu d'oppression, mais une abondante sécrétion nasale, comme si le catarrhe naso-bronchique était le prélude obligé de mes accès.

Ceux-ci ne durent d'abord que peu de temps, une demi-heure, et ne se reproduisent qu'après 2, 3, 4, 8 jours ; puis ils deviennent un peu plus longs, un peu plus intenses ; ils avancent progressivement, surviennent vers 4 h. du matin, puis à minuit, puis dans la soirée, d'abord après mon souper, ensuite vers 5 ou 6 heures du soir, sans d'ailleurs qu'un accès survenu dans la journée, à la suite de l'inhalation d'un gaz irritant, de fumée de tabac, de poussière, d'une exposition à un grand vent, etc. empêche l'arrivée de l'accès quotidien, à l'heure habituelle.

Les crises ont toujours le début que je viens d'indiquer, mais l'oppression s'accroît de plus en plus, elle augmente d'intensité à chaque nouvelle attaque, en même temps que celles-ci deviennent plus longues ; ma poitrine est remplie de sibilances qui s'entendent à distance, mais surtout à l'expiration qui est lente, tandis que l'ins-

piration courte et pénible ne fait pénétrer dans mes poumons qu'une quantité insuffisante d'air frais; l'accès dure une heure, deux heures, rarement plus; mais il ne se termine pas plus qu'il n'a commencé, d'après le mode décrit par M. le professeur Germain Sée (1).

Jamais, en effet, mes accès n'ont débuté par la dyspnée et ne se sont terminés par l'expectoration.

La première sensation que j'éprouve est le chatouillement du larynx producteur du réflexe toux; celle-ci, très facile au début, amène l'expulsion d'un crachat gommeux; et cette expectoration se renouvelle ainsi une trentaine de fois; la dyspnée survient bientôt elle-même et augmente rapidement jusqu'au paroxysme, tandis que la toux change progressivement de caractère; de grasse qu'elle était, elle devient sèche, sifflante, quinteuse; l'expectoration, si abondante au début, devient plus rare; l'accès est arrivé à son summum; peu à peu la dyspnée diminue, les sibilances deviennent moins bruyantes, un certain calme s'établit, et l'accès peut être considéré comme terminé, mais sans que l'apparition d'aucune expectoration nouvelle soit venue le juger; la respiration reste encore anhérente pendant un temps variable, et enfin tout rentre dans l'ordre jusqu'au prochain accès.

Ce tableau s'éloigne un peu, on vient de le voir, de la description classique, mais le détail suivant nous ramène dans la règle; depuis 1875, je ne suis retourné qu'une seule fois à Amiens, où mon asthme a débuté, et, le jour même de mon arrivée dans cette ville, j'étais repris d'ac-

1 G. Sée : Article Asthme du *Nouveau dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques*, p. 608-612.

cès dont je ne fus débarrassé qu'à mon départ ; la cessation fut d'ailleurs aussi brusque que l'invasion.

Je dois faire remarquer que depuis 1887 ou 1888, la fin d'une crise ne ramène jamais le bien-être absolu ; en dehors de tout paroxysme, j'ai, de jour comme de nuit, des moments où ma poitrine siffle, où je respire difficilement, où je me sens mal à l'aise ; de plus, je monte difficilement les escaliers, je ne puis marcher un peu vite sans perdre haleine ; bref, sur mon asthme ancien est venu se greffer l'emphysème.

Mais je fais assez bon ménage avec ce dernier, grâce aux cigarettes Espic que j'ai toujours dans ma poche, en tête-à-tête avec les mouchoirs nécessités par mon infirmité première, l'affection nasale à laquelle je vais revenir afin d'en préciser le diagnostic qui n'est pas encore fait.

Un jour, en 1877, que j'étais à l'infirmerie de Saint-Cyr pour une de ces bronchites suffocantes auxquelles sont sujets les gens atteints d'affections nasales et thoraciques, je profitai de l'occasion pour parler au médecin de l'obstruction de mes fosses nasales ; celui-ci, après un examen qui n'eut pas besoin d'être très minutieux, constata que j'avais le nez bourré de polypes, ce que je crus d'ailleurs sans peine, car j'avais déjà remarqué, en me rasant, qu'une masse blanchâtre, plus ou moins rosée, se voyait tout près de l'orifice de ma narine droite, laquelle était complètement bouchée depuis déjà 2 ou 3 ans, alors que l'air passait encore, mais à certains moments seulement, par la narine gauche.

Cependant, tandis que l'imperméabilité absolue de ma narine droite me laissait indifférent, j'étais sans cesse

préoccupé de ma narine gauche. En effet, quand elle était débouchée, le moindre mouvement, la moindre inclinaison de la tête en avant ou vers la gauche, suffisait à la rendre de nouveau impraticable à l'air; elle se débouchait difficilement, mais se bouchait avec une facilité désolante; aussi passais-je la plus grande partie de mon temps étendu sur le côté droit, ce qui me valut d'ailleurs de nombreuses punitions pour mauvaise tenue à Saint-Cyr, et renonçai-je plus tard à sortir de chez moi en dehors de mon service.

Pourquoi, me demandera-t-on, l'obstruction de la narine gauche seule me gênait-elle autant que cela? Ce n'était certes pas parce que, l'orifice de droite étant bouché en permanence, l'air ne pouvait alors plus du tout passer par le nez, car j'ai depuis longtemps les fosses nasales dégarnies des polypes qui les remplissaient autrefois, et je suis toujours fort incommodé quand ma narine gauche n'est pas complètement libre. J'ai alors dans le nez, la sensation d'un corps étranger, d'une pesanteur, bref il y a quelque chose qui me gêne, qui me force à renifler, à me moucher constamment, j'ai de la peine à respirer, comme si j'avais le thorax resserré; en fin de compte, je m'étends sur le côté droit, manœuvre qui dégage le plus souvent la narine gauche aux dépens de la droite (1); mais j'ai déjà dit que celle-ci ne me gêne que relativement peu.

Cette différence provient-elle de ce que ma fosse nasale droite est large, tandis qu'à gauche existe une déviation

1. Barbier, dans sa thèse sur l'*Hypertrophie des cornets*, Lyon, 1889, signale aussi les effets de cette manœuvre.

de la cloison (1) et un léger éperon en même temps qu'un cornet inférieur volumineux, coïncidence qui amène presque fatalement un accollement de la muqueuse des cornets et de celle de la cloison, quand il se produit un très léger gonflement de cette muqueuse ? C'est très probable, et cela rendrait vraisemblable la théorie soutenue par Hering, de Varsovie, et Baratoux (2), à savoir que les réflexes d'origine nasale ont leur cause dans la compression de la cloison par les cornets inférieurs (ou moyens) hypertrophiés, ou même encore celle de Wille et Rosbach, qui voient cette cause dans une excitation des rameaux de la V<sup>e</sup> paire (filets nasaux interne et externe), par une compression ou une irritation quelconques.

C'est ainsi que s'expliquerait le cas rapporté par Cul-len, en 1772, de ce pharmacien dont la femme avait un accès d'asthme chaque fois que son mari pulvérisait de la racine d'Ipéca, et celui cité par Van Helmont, en 1682, d'une dame chez qui tout parfum senti produisait immédiatement une crise asthmaticque.

Quoi qu'il en soit, le médecin de l'Ecole voulut me débarrasser de mes polypes, et, pour ce faire, il utilisa un procédé imaginé par Lamauve, en 1807, qui consiste à faire de la compression dans les fosses nasales dans l'espoir de faire flétrir les végétations par l'obstacle apporté à leur nutrition ; toutefois, au lieu du tamponnement de Lamauve, il préféra se servir de flèches d'éponge pré-

1. Voir au sujet de cette déviation une intéressante explication de Mayo Collier au chapitre II du présent travail.

2. Mémoire lu à la Société française de laryngologie, le 15 octobre 1885.

parée que je devais garder dans le nez pendant une heure chaque matin ? Est-il nécessaire de dire aujourd'hui que le traitement en question ne fit nullement disparaître mes polypes, mais me boucha un peu plus le nez qu'il ne l'était auparavant, par suite de l'irritation provoquée par le contact de ces corps étrangers malpropres.

A Toulon, où je fus envoyé à ma sortie de Saint-Cyr, en 1878, je dus, toujours pour mes polypes, faire successivement 3 mois de séjour à l'hôpital maritime, pendant ma première année de service ; là, on employa une thérapeutique plus énergique. On se servit de pinces, et on m'arracha une quantité de végétations ; mais, comme malgré tout, mes fosses nasales restaient obstruées, on m'évacua sur le Val-de-Grâce où le D<sup>r</sup> Chauvel continua l'arrachement commencé ; ma narine droite fut alors complètement rendue à la circulation de l'air ; quant à la gauche, elle avait toujours, malgré des arrachements quotidiens, des alternatives d'obstruction et de désobstruction (1),

1 Caractère très connu des rhinites vaso-motrices, la congestion paraissant et disparaissant avec une rapidité singulière (voir dans la thèse de Sourdrille, Paris, 1887, le cas de Voltolini qui, ayant cru constater l'existence d'un polype, se disposait à l'arracher, mais quand il revit son malade, deux heures après, il lui fut impossible de découvrir quoi que ce fût d'anormal dans la narine incriminée ; c'est que le tissu érectile de cette région, signalé pour la première fois par Kohlrausch, en 1853, et décrit depuis par Rendu, Bosworth, Seiler, Thierfelder, Beverley, Morell-Mackenzie, Terrillon (*Progrès médical*, 1885), Suchard, Chatellier (*Annales des maladies de l'oreille*, 1885, 1886, et *Archives de laryngologie*, 1887-88), Renaut, de Lyon, et P. Tissier (*Annales de Médecine*, décembre 1894), s'était rétracté. Le D<sup>r</sup> Chauvel avait remarqué, lui aussi, pendant ses examens, ces brusques transitions de la turgidité à l'affaissement de ma pituitaire, dans laquelle il ne

Devant ce résultat médiocre, le Dr Chauvel m'envoya à M. le professeur Duplay, alors chirurgien à Lariboisière; M. Duplay m'examina soigneusement et déclara qu'il ne restait plus de polypes dans mes fosses nasales; il me conseilla de faire de temps à autre des attouchements avec l'acide chromique en solution au quart, et des lavages quotidiens avec une solution de tannin.

Il est difficile de calculer le nombre de litres que j'ai fait circuler dans mon nez à l'aide d'un irrigateur Eyguisier; par bonheur, mon oreille moyenne a échappé aux douches énergiques que je ne ménageai guère, et dont le danger a été signalé il y a déjà longtemps par Roosa, de New-York, et par les professeurs de l'Ecole de Vienne, Urbantschich, Pins, Stœrck, Politzer, et par Lermayez, en France,

C'est à ce moment que je commençai à faire ma médecine; dès lors, connaissant suffisamment l'anatomie générale des fosses nasales, je me décidai à m'opérer moi-même, et, à partir de cette époque, chaque fois que mon nez me semblait trop bouché, et que mes accès d'asthme reparaissaient (ce qui coïncidait généralement) je m'emparais de mes pinces et arrachais tout ce qui voulait bien tomber entre leurs mors.

J'é me suis enlevé, parcelle par parcelle, de nombreux polypes, pédiculés et sessiles, des lambeaux de muqueuse, des morceaux de cornets, et j'ai pu remplir des fragments ainsi recueillis deux flacons que je conserve.

put s'empêcher de donner un jour un coup de ciseaux, pour en exciser une portion.

Cependant, vers 1891, je commençai à ne plus rien pouvoir arracher, sans toutefois que l'état de mes fosses nasales se modifiât sensiblement.

Pendant quatre ans, j'ai continué à vouloir en vain retirer quelque chose de mes fosses nasales, et, pendant ces quatre années, l'hydroporrhée, les alternatives d'obstruction et de désobstruction de mes narines, les accès d'asthme suivaient toujours leur marche habituelle avec une régularité désespérante.

Mis enfin en non-activité en 1893, je vins à Paris, et allai aussitôt me faire examiner par un ex-collègue de l'armée, M. le Dr Ruault, qui, après un examen attentif, affirma que je n'avais plus aucune végétation, ne vit aucune opération nouvelle à me faire subir, et me conseilla de laisser de côté mon nez pour ne m'occuper que de mon asthme, dont l'existence, pour lui, tenait bien plus de mon système nerveux que de toute autre chose ; en conséquence, il me conseilla de prendre 1 gr. d'iodure de potassium par jour, et de prolonger cette médication jusqu'à guérison.

J'ai pris cet iodure ; mais, dès les premières doses, ma pituitaire devint tellement turgide que je ne pus même plus dormir, sans que d'ailleurs mes accès d'asthme fissent autre chose que d'augmenter de violence.

Le médicament peut être excellent ; M. le professeur Germain Sée le déclarait héroïque contre tous les asthmes, de quelque nature qu'ils soient ; je veux le croire, mais je plains les gens qui, étant atteints de sténose nasale, seront soumis à ce traitement !

Je retournai souvent depuis à la clinique des sourds et muets, où M. le Dr Colin, chef de clinique du Dr Ruault, continua à trouver tout normal dans mon nez ; j'eus beau lui expliquer mes crises d'hyrorrhée, les alternatives d'obstruction nasale et de désobstruction, qu'il voulut constater par lui-même avant d'y croire (1), et que je ne pus jamais lui montrer, la marche que je faisais pour me rendre de chez moi à la clinique de la rue Saint-Jacques suffisant pour dégager mes fosses nasales, sans doute par le mécanisme dont j'ai déjà parlé, la reprise de la stase sanguine locale par la suractivité de la circulation générale ; bref, le Dr Colin se borna à me conseiller des irrigations avec de l'eau boriquée, des pulvérisations d'aristol (2) et, le soir, en me couchant, l'introduction dans le nez d'une petite quantité de vaseline boriquée (1).

Ce traitement ne me réussissant que médiocrement, j'allais voir M. le Dr Castex qui constata, lui, un peu de rhinite hypertrophique, surtout à gauche, et m'offrit de me faire quelques galvano-cautérisations ; il m'en fit une dizaine pendant deux mois. J'en fus véritablement soulagé et je commençais à me réjouir de mon amélioration, quand, les vacances étant survenues, M. Castex s'absenta

1. Voltolini, en 1871, (voir Sourdrille, thèse de Paris, 1887) ; Coupard, (voir Renous, thèse de Paris, 1892) ; Moure, (in *Traité des maladies des fosses nasales* ; Fliess, (*Archives de laryngologie*, 1893) ; avaient cependant déjà signalé la mobilité du symptôme congestif et avaient mis forme à l'élément le médecin en garde contre la tentation de nier un accident si bien réel, mais dont la constatation peut, à moins d'une coïncidence heureuse, leur échapper.

2. Recommandées par Hug.

Paris, 1895, faite sous l'inspiration

1. Voir la thèse de Lecointre, de M. le Dr Gouguenheim,

pour deux mois. Hélas ! il n'y avait pas trois semaines que les cautérisations étaient interrompues que toute amélioration avait déjà disparu, et que je me retrouvais dans le même état que ci-devant.

On a cité de très nombreuses guérisons de rhinite hypertrophique avec hydrorrhée par les galvano-cautérisations (1) depuis l'invention de la méthode par Middeldorpf, en 1854 ; Voltolini, Thudicum, Michel, Zaufal, Hedinger, Lœwenberg et tant d'autres, depuis Hack, qui voulait obtenir par ce procédé une destruction totale de la muqueuse hypertrophiée (ce en quoi il n'avait peut-être pas tort), jusqu'à Lublinski, qui veut seulement en obtenir une modification de la muqueuse, ont cité des observations favorables à la méthode.

Cependant, celle-ci n'est pas parfaite, si nous en croyons le Dr Blois, de Boston, qui rapporte au Congrès de laryngologie tenu à Washington, en 1893, qu'il a revu six malades cautérisés ailleurs depuis deux ans pour rhinite hypertrophique et qui avaient été considérés comme guéris par le médecin qui les avait traités, parce qu'il ne les avait plus revus ; or, tous avaient récidivé !

1. Voir : Calmettes, *Progrès médical*, du 9 juillet 1887 : les galvano-cautérisations guérissent un enfant atteint d'hydrorrhée, avec sibilances pulmonaires, etc., chez qui la cocaïne aurait été impuissante ; Noquet, *Bulletin médical du Nord*, 1883 : femme de 34 ans, guérie par les galvano-cautérisations d'une rhinite hypertrophique, avec hydrorrhée ; Jacquemart : *Revue de laryngologie*, février 1893 : 2 observations de guérison radicale (?) de rhinite hypertrophique, avec catarrhe nasal chronique, anosmie, asthme, emphysème, etc. ; Beausoleil, *Annales de laryngologie*, février 1893 : ce médecin déclare avoir *amélioré* (il ne dit pas guéri) par les galvano-cautérisations, toutes ses hydrorrhées, moins une, etc., etc.

Nous lisons dans les archives de laryngologie de 1893, page 337, une communication de M. le Dr Luc, dans laquelle celui-ci déclare qu'il tend à abandonner les galvano-cautérisations pour le curetage dans le traitement des myxomes, parce que les galvano-cautérisations sont très souvent inefficaces.

Il s'agit de myxomes, me dira-t-on, et non de rhinite ; soit, mais de nombreux travaux nous ont appris que l'une et l'autre sont unis par des liens de parenté très étroits : même texture (1) et même origine, les polypes n'étant, le plus souvent, que la conséquence de la rhinite (2) ; le remède donc qui échoue contre l'une a bien des chances d'échouer contre l'autre ; de même, M. le Dr Lermoyez nous a dit avoir abandonné les galvano-cautérisations pour l'électrolyse ; d'autre part, Hering (3) déclare que les cautérisations échouent assez souvent dans le traitement des névroses réflexes ; c'est dire que le traitement qui ne les guérit pas n'a pas guéri l'organe origine du réflexe ; Moure (4) affirme que la cocaïne seule est efficace contre l'hydrorrhée, c'est donc que ce symptôme qui est inséparable de la rhinite hypertrophique, est rebelle à tout autre traitement, y compris les galvano-cautérisations.

M. le Dr Castex me disait bien, il est vrai, un jour, que

1. Voir Sourdrille, thèse, Paris, 1887.

2. Chatellier, *Annales des maladies de l'oreilles*, 1886, et *Archives de laryngologie*, 1887-88 ; Moure, *Rhinite hypertrophique*, in *Traité des maladies des fosses nasales* ; Mendel, *Annales de médecine*, décembre 1894 ; Barbier, thèse, Lyon, 1880.

3. Hering, *Annales des maladies de l'oreille*, février 1886.

4. Moure, *Névroses réflexes*, in *Traité des maladies des fosses nasales*.

les galvano-cautérisations lui réussissent presque toujours, mais je crains qu'il ait été mis dans l'erreur, comme beaucoup d'autres, parce que nombre de malades disparaissent des cliniques où ils ont été traités, perte qu'ils finissent par désespérer de la guérison ; le médecin traitant, qui ne les revoit plus, en conclut précisément, mais à tort, qu'il les a guéris.

En tout cas, pour moi, les galvano-cautérisations ne m'ont donné qu'une amélioration transitoire. C'est un fait.

J'en étais là, quand à la suite des remarques que j'avais faites en servant d'aide à M. le Dr Cuvillier (1), je songeai à utiliser les propriétés vaso-constrictives de la cocaïne (2), dans le but de décongestionner ma pituitaire et de faire ainsi disparaître l'obstruction de mes fosses nasales ; j'espérais obtenir par la même occasion la rétrocession de mon asthme, à l'origine nasale duquel j'ai toujours cru — en dépit de mon hérédité nerveuse.

J'employai d'abord des tampons de coton imbibés de cocaïne en solution à 1/100 (3) et je promenai ces tampons dans mes fosses nasales à l'aide d'un stylet. Le résultat fut médiocre ; et cependant, il me fut précieux, car je fis la remarque que mon nez se dégagait peu de temps après chaque opération ; mais il se bouchait davantage ensuite, et je mouchais alors des quantités de muco-pus

1. Voir la Préface.

2. Quoique Nothnagel et Rossbach déclarent dans leur *Traité de matière médicale et de thérapeutique*, que la cocaïne n'est susceptible d'aucune application thérapeutique, affirmation que les auteurs ont dû quelque peu regretter depuis.

3. Seule solution employée maintenant par M. Reclus.

épais, jaune, à demi concrété. Or, si la cocaïne a été accusée à juste titre par M. Castex de produire de l'hydrorrhée peu après son application (1), je crois qu'elle a subi à tort le reproche d'être un irritant (2).

Je crus devoir attribuer l'irritation constatée à la malpropreté ou simplement au contact du tampon d'ouate (3), et je me servis d'un compte-gouttes pour instiller dans la narine bouchée quelques gouttes de la même solution de cocaïne.

Le résultat obtenu ne fut guère meilleur que précédemment ; avant d'abandonner définitivement mon expérience, je résolus d'éliminer tout agent autre que la cocaïne elle-même, et me décidai à priser de la poudre de cocaïne en nature : le résultat fut cette fois d'autant plus merveilleux qu'il était inespéré.

L'échec précédent devait provenir d'une part de l'eau elle-même qui entraînait dans la solution, et qui est un irritant de la muqueuse de Schneider, de la température de la solution d'autre part, car il m'était bien difficile, au milieu de la nuit, de faire tiédir mon médicament ;

1. Castex, Communication de la Société française d'otologie et de laryngologie, mai 1893. Mais il faut ajouter que cette hydrorrhée n'est, chez moi, qu'un très léger suintement, comme celui que provoque le froid en hiver et qu'il est de courte durée. Holbrook Curtis explique cet effet par une vaso-dilatation consécutive à la vaso-constriction ; nous croyons plutôt à une action directe sur les nerfs sécrétoires, car pendant cette sécrétion momentanée, les narines restent perméables à l'air.

2. Terrillon, in Fontanille, thèse de Bordeaux, 1885.

3. J. M. du Costa, dans une communication du 7 octobre 1885, au Collège of physicians of Philadelphia, insistait déjà sur la nécessité d'éviter, quand on se sert de cocaïne, tout contact d'instruments avec la pituitaire.

or, les rhinologistes recommandent toujours et avec raison de faire tiédir les liquides à introduire dans les fosses nasales, si on veut éviter une irritation consécutive.

Voici le mode définitif d'opérer que j'adoptai : j'introduisais une petite quantité de poudre de chlorhydrate de cocaïne dans une canule coudée (une canule d'irrigateur remplit très bien l'office), dont la forme empêche la poudre de tomber pendant les opérations ; puis, après avoir introduit l'extrémité de la canule dans une narine, j'en chassais la poudre en soufflant par l'autre extrémité à l'aide d'une poire en caoutchouc ; bientôt, la portion de muqueuse atteinte ainsi par le médicament étant affaissée, je pouvais introduire de nouveau la canule et la pousser un peu plus avant, je lançais une nouvelle quantité de poudre, et ainsi de suite jusqu'à ce que la narine devînt complètement libre, résultat qui ne se faisait guère attendre.

L'effet fut, ai-je dit, merveilleux, si merveilleux, qu'au lieu de me contenter d'utiliser la cocaïne la nuit, pour améliorer mon sommeil que n'interrompait plus la gêne de la respiration nasale, je me hâtai de m'en servir le jour comme la nuit, aussitôt que je me sentais quelque peu enchifrené.

Je multipliai ainsi les insufflations, et ne me préoccupai pas de mon sommeil qui devenait de plus en plus léger, au point que le moindre bruit de la rue ou de la maison suffisait à l'interrompre. Bientôt même, il me fut impossible de me rendormir lorsque j'avais été réveillé ; mais j'attribuai cet état à la fatigue cérébrale

provoquée par mes examens dont la préparation exigeait un travail peut-être un peu excessif à mon âge (1).

Peu à peu, un symptôme dont j'avais déjà remarqué l'apparition transitoire après l'absorption de doses un peu fortes de cocaïne, la dyspnée, vint troubler mes nuits. Mes accès d'asthme avaient totalement disparu, et cependant je recommençais à être éveillé vers 2 h. du matin très régulièrement par une sensation d'oppression, de manque d'air, d'étouffement ; je dus m'asseoir sur mon lit pendant des heures entières ; bientôt même je ne pus plus me recoucher sans être aussitôt réveillé en sursaut par une sensation angoissante, comme si, en me rendormant, j'avais oublié de respirer ; il semblait que je fusse obligé de faire intervenir ma volonté pour maintenir la continuité de l'acte respiratoire.

Cependant, je parvenais encore, dans un fauteuil, à sommeiller quelques heures, et je pris l'habitude de me lever toutes les nuits pour attendre le jour dans la position assise.

Cette existence anormale aurait pu durer longtemps, car j'en faisais remonter la cause à mon emphysème que je me proposais de traiter, mais seulement lorsque je serais maître de mon temps, une fois mes derniers examens passés.

En attendant, je pris de la terpine pour dessécher mes bronches, résultat nul ; je fis succéder à la terpine, la

1. Erlecmeyer a signalé l'impuissance génitale comme symptôme du cocaïnisme chronique ; pour moi je partage, au contraire et pour cause, l'avis du Dr Demarle, thèse, Paris, 1862, qui a affirmé la stimulation génitale.

créosote et l'iodure de potassium à petite dose, pour liquéfier mes sécrétions bronchiques. Aucun résultat, sauf cependant que la cocaïne devait m'avoir bien remis le nez en bon état, car je supportai parfaitement l'iodure de potassium qui m'avait tant mis à mal la première fois.

J'essayai le bromure de potassium et l'antipyrine, recommandés dans ces cas, le premier par M. Gouguenheim, la seconde, par M. le D<sup>r</sup> Lancereaux, pour diminuer la réflectivité bulbaire ; puis je passai à la pyridine, le tout sans aucun résultat appréciable.

Je commençais cependant à me préoccuper d'une perte de poids de 26 kilos, de ma mauvaise mine (1), qui frappait les personnes de ma connaissance, au point que de divers côtés, l'on me demandait, avec les réticences obligatoires, si j'avais fait examiner mes crachats, pour savoir s'il ne s'y trouverait aucun bacille de Koch.

Mes digestions étaient devenues mauvaises ; le matin, j'avais la langue revêtue d'un très épais enduit jaunâtre (2) ; j'avais la plus grande peine à travailler après mes repas, et je souffrais alors de pesanteur d'estomac, qui me forçait à desserrer mes vêtements et à m'étendre, la position assise m'étant très pénible pendant les trois ou quatre heures qui suivaient les repas ; j'avais de la fièvre, ou plus exactement de la tachycardie (3), car ma tempé-

1. Voir Compain, thèse Paris, 1885.

2. Signalé par Rossier, de Vevey, dans le Cocaïnisme.

3. Signalée dans le Cocaïnisme chronique par M. Déjerine, *Bulletin de la Société de biologie*, 1887, travail cité par M. Magitot, *Bulletin de l'académie de médecine*, 1891, 3<sup>e</sup> série, vol. 25, p. 728.

rature ne montait guère au delà de 37°5, tandis que le pouls était à 100.

Je crus devoir consulter à ce moment M. le professeur Potain, à qui je ne songeai d'ailleurs même pas à parler de la cocaïne ; M. Potain, attribuant mes troubles dyspnéiques et de dénutrition à la dyspepsie, et celle-ci au manque d'exercice, au changement de vie que j'avais dû m'imposer au sortir du métier militaire, me conseilla de la pancréatine aux repas, et de l'exercice après.

Je suivis ses conseils, mais sans aucun succès.

J'urinais à ce moment une fois ou deux la nuit, mon urine était peu foncée, j'avais quelquefois, en m'endormant, des soubresauts de tendons (1), des troubles vasomoteurs et sécrétoires caractérisés, surtout par une transpiration des extrémités (2), même l'hiver ; je me faisais laver, savonner, frictionner le dos tous les jours, parce que j'y éprouvais constamment des démangeaisons anormales ; je mouchais quelques stries de sang le matin.

Rapprochant de ces divers symptômes ma dyspepsie, mon inaptitude au travail, aprosexie, comme dit Guye, d'Amsterdam, la dyspnée, mon angoisse respiratoire nocturne (3), l'anhélation provoquée par le moindre effort, à ce point que je devais faire des pauses en montant mon escalier, je me crus atteint de brightisme, ce qui allait assez bien avec mon tempérament arthritique, avec l'hé-

1. A remarquer : mes ongles s'étaient peu à peu recouverts de taches blanches comme en ont les enfants, ce qui, d'après M. Brissaud (leçon orale), est, chez l'adulte, un signe de dénutrition.

2. Signalés dans le rapport déjà cité de M. Magitot, à l'Académie de médecine.

3. Reclus et Isch. Wall.

morrhagie cérébrale dont sont morts mon père et mon grand-père, surtout si, comme M. le docteur Lancereaux, on attribue ces divers accidents à une même cause, qu'on l'appelle herpétisme, arthritisme ou artério-sclérose.

Je me fis examiner de nouveau : pas d'hypertrophie cardiaque gauche, 18 de pression au syphymomanomètre, pas d'albumine dans l'urine, et densité normale.

C'est alors que je commençai à me demander si la cocaïne, dont j'usais depuis quinze mois, n'était pour rien dans la production des accidents dont je me plaignais. Mon nez était d'ailleurs tout à fait bien depuis pas mal de temps déjà ; je n'avais plus de crises hydorrhéiques, plus d'obstruction nasale ; je pouvais même me coucher sur le côté gauche, sans que la narine de ce côté se bouchât, ce que je n'avais jamais pu faire ; et je ne prenais plus de cocaïne que pour confirmer le résultat acquis, résultat que M. le docteur Castex avait vérifié dans un examen, qui lui avait permis de constater la disparition de toute hypertrophie manifeste de mes cornets, et la coloration normale de ma muqueuse.

Je décidai de suspendre le traitement cocaïnique.

Je résume mon état à ce moment : insomnie rebelle (2), (telle qu'il me manquait bien au moins 1.200 heures de sommeil depuis un an), dyspnée d'effort, dyspnée nocturne angoissante (3), accompagnée de sibilances dans la poi-

1. Déjà signalée par Vulpian et Moreno dans le cocaïnisme.

2. L'insomnie rebelle est reprochée à la cocaïne par tous les auteurs ; voir Demarle, thèse, Paris, 1862 ; Compain, thèse, Paris, 1885.

3. Voir Colombé, thèse, Paris, 1885.

trine ; amaigrissement rapide et considérable ; petits signes de brightisme, érections ; constipation ; irritabilité excessive (1), tachycardie, avec quelques irrégularités cardiaques (2) ; aprosexie ; sueurs des extrémités ; dyspepsie nervo-motrice (3), avec langue très sale et haleine fétide le matin ; névralgies ; mais conservation de l'appétit, contrairement à ce que Lœwenberg a remarqué (4).

Je viens de parler de névralgies ; c'est qu'en effet, j'ai omis de dire que, vers le mois de janvier 1896, j'avais été pris de sciatique de la jambe gauche ; sciatique assez douloureuse pour me gêner fortement dans la marche, et surtout pour m'empêcher de m'asseoir autrement que sur la fesse droite, mais qui n'a jamais présenté les douleurs excessives que j'ai pu constater sur divers malades ; de plus, elle était assez amendée en huit ou dix jours pour que je ne m'en préoccupasse plus.

Au mois d'avril, j'étais pris d'un commencement de sciatique du côté droit ; connaissant la tendance des sciaticques à devenir doubles, je ne m'inquiétais pas outre mesure ; quand je fus pris de douleur sourde dans le côté droit du cou, et la partie supérieure de l'épaule ; cette douleur ne devenait d'ailleurs gênante que dans la position couchée ; mais alors je ne parvenais pas à trouver pour ma tête, une position convenable.

J'attribuai cette douleur à une névralgie du plexus

1. Signalée par Pœppig.

2. Vulpian et Laborde.

3. Luff, in Seifert, *Revue de laryngologie*, 1892.

4. *Bulletin médical* de 1895, p. 253.

brachial (1), et m'entourai d'ouate ; mais mon état s'aggrava singulièrement.

Quand, un jour de mai, subitement, je fus pris de douleurs extrêmement violentes dans l'épaule droite, douleurs telles que je passai la journée à me promener dans ma chambre en soutenant mon bras et que je ne pus me coucher le soir.

Était-ce encore une névralgie ? était-ce un rhumatisme articulaire aigu ? mais la première attaque de rhumatisme aigu survenant à 40 ans est chose rare ; en outre, mon rhumatisme avait débuté par l'épaule, et il y resta absolument cantonné, ce qui n'est pas la règle. Était-ce du rhumatisme subaigu, auquel il y aurait lieu de rattacher les sciatiques et la névralgie brachiale, le tout survenant chez un diathésique ?

Ce que je puis dire, c'est que d'une part, j'obtins du soulagement par la Distraction's méthode, et que d'autre part, je fis disparaître en quelques jours tout cet ensemble de douleurs en prenant du salicylate de soude. Mais ici encore, était-ce bien le salicylate qui avait agi ? où bien était-ce simple coïncidence ? il faut toujours, en médecine, se défier du « *post hoc, propter hoc* » qui a déjà fait émettre tant d'affirmations aventureuses. Peut-être s'agissait-il simplement de douleurs pseudo-articulaires, dues, comme les névralgies, à l'intoxication cocaïnique, et le salicylate de soude a pu agir sur elles comme il le fait souvent sur l'élément douleur, sans que le rhumatisme soit le moins du monde en jeu.

1. Les névralgies cocaïniques ont été observées par Vulpian ; voir Colombe, thèse, Paris, 1885.

Nous étions alors au commencement de juin 1896, et il y avait déjà trois mois que j'avais supprimé la cocaïne ; j'avais déjà engraisé de 6 kilos ; je digérais mieux, mais j'avais toujours mes oppressions nocturnes quoique moins fortes, et mes insomnies. Espérant que je ne m'étais pas trompé dans ma dernière supposition et que j'étais bien sous le coup d'une intoxication par la cocaïne, je pris tous les jours une infusion de café très fort, correspondant à peu près à 0 gr. 25 ou 0 gr. 30 de caféine, médicament indiqué par le Dr Auber (1) contre le cocaïnisme chronique, et employé par M. le Dr Reclus, pour prévenir les accidents du cocaïnisme aigu.

En outre, au moment de mes oppressions, j'inhalais quelques gouttes de nitrite d'amyle (2).

J'eus enfin la satisfaction de constater que peu à peu, mais assez rapidement encore, mes suffocations s'amendaient, mon sommeil devenait meilleur et plus prolongé.

Je me réveille en ce moment encore toutes les nuits, vers deux heures, avec des sibilances dans la poitrine, mais il me suffit d'aspirer quelques bouffées de cigarette Espic pour calmer ma légère oppression, et je me rendors immédiatement.

Je n'ai plus de tachycardie, j'engraisse à vue d'œil, je dors six heures, alors que je n'en dormais que deux ; j'ai récupéré mes facultés de travail intellectuel ; je n'ai plus de troubles vaso-moteurs des extrémités, plus de douleurs nulle part ; mon bras droit seulement est resté

1. Auber, thèse, Paris, 1892.

2. Recommandé aussi par Delbosc, thèse de Paris, 1889, comme je l'ai constaté depuis.

un peu lourd, et je ne peux plus l'élever jusqu'à la verticale ; en somme, mon état est plus que satisfaisant, et je ne désespère pas de me rétablir bientôt complètement.

Mais que devenait mon nez dans tout cela ? Il a été le point de départ de cette longue observation, il doit en être le point terminal ; eh bien ! mon nez ne va plus tout à fait aussi bien qu'il y a six mois, quand je me servais quotidiennement de la cocaïne, c'est vrai ; mais il est resté dans un état tel que je ne me serais certes jamais plaint s'il avait toujours été dans la situation actuelle ; en effet, je suis pris de temps à autre de crise d'hydrorrhée, mais moins longues que jadis ; l'écoulement est bien moins abondant, puisqu'un seul mouchoir me suffit, quand il se produit, ce qui n'est pas fréquent ; je suis un peu enchifrené de temps en temps, mais il me suffit de me coucher un moment sur le côté droit pour dégager ma narine gauche qui reste toujours la plus sensible ; je peux dormir sur le dos, position qui, autrefois, produisait presque immédiatement l'obstruction de mes fosses nasales.

Donc, de ce côté encore, amélioration sensible, très précieuse, et je n'hésite pas à l'attribuer à la cocaïne.

Durera-t-elle ? Cela, c'est une question évidemment fort importante, mais à laquelle on comprendra qu'il m'est impossible de répondre maintenant.

Ce que je puis dire, c'est que pour le moment, je maintiendrai l'abstention absolue de cocaïne, jusqu'à disparition complète de tous les accidents que j'attribue à ce médicament ; mais si plus tard, je sens peu à peu se rétablir l'obstruction de mes fosses nasales, je n'hésite-

rai pas à faire de nouveau usage de la cocaïne, malgré les assertions du Dr Calmettes (1) qui affirme que la cocaïne est impuissante contre l'hydrorrhée nasale, tandis que les galvano-cautérisations en seraient le remède souverain.

Je recourrai de nouveau à la cocaïne, mais avec une grande discrétion et avec des interruptions suffisamment prolongées pour que je n'aie plus à redouter l'imprégnation de mon économie par ce médicament précieux, mais qui n'est pas sans avoir quelques inconvénients quand on en abuse.

Un dernier point demande à être élucidé avant de clore ce chapitre, celui des doses capables de provoquer non des accidents, mais des ennuis pareils à ceux dont j'ai parlé.

Le Dr Compain, dans sa thèse (2), relate l'observation des docteurs B. et M. qui, expérimentant sur eux-mêmes, ressentirent des nausées, des éblouissements, eurent des syncopes, de la dilatation pupillaire à la suite d'une injection unique de 0 gr. 01 de cocaïne. Certes, le fait est possible ; il suffit pour ne pas en être surpris de se rappeler l'histoire de cette dame à laquelle Hugenschmidt fit une injection d'eau distillée en lui déclarant que c'était de la cocaïne ; à peine l'aiguille avait elle pénétré dans les tissus que la dame qui avait une peur horrible de ce médicament avait une syncope mortelle (3).

1. Calmettes, *Névroses réflexes d'origine nasale*, *Progrès médical* du 9 juillet 1887.

2. Compain, thèse, Paris, 1885.

3. Voir Bouchet, thèse de Paris, 1889.

M. le docteur Reclus, sans la redouter outre mesure, conseille (1), de ne pas dépasser une dose de 0 gr. 20 en injection ; M. le docteur Delbosc (2) déclare cette dose tonique ; on me permettra de m'en tenir à l'appréciation de M. Reclus.

M. le docteur Hallopeau (3), relate un cas de vertiges, vive impressionnabilité, angoisse, agitation, insomnie ayant duré trois mois à la suite d'une dose unique de 0 gr. 008 (!). C'est à propos de ce cas et d'autres semblables que M. Magitot, chargé du rapport à l'Académie, disait que le plus souvent la cocaïne « est non la cause, mais l'occasion des accidents ».

Pour ce qui concerne l'emploi prolongé de la cocaïne, M. Lermoyez m'a cité un homme âgé de sa clientèle qui prise sans inconvénients 1 gr. 50 de cocaïne par jour, depuis 5 ans.

Luff (4), cite un malade qui en prisait 3 grammes par jour pendant 3 ans, sans éprouver autre chose que de l'aprosxie, de la dyspepsie, de la constipation et des palpitations ; il guérit d'ailleurs rapidement.

Basworth (5) cite un médecin de 55 ans, qui a prisé de la cocaïne pendant 5 ans (dose inconnue).

Lœwenberg (6) rapporte les observations d'une femme de 20 ans ayant des antécédents psychiques héréditaires,

1. Reclus, Cliniques de la Pitié, 1893.

2. Delbosc, thèse de Paris, 1889.

3. Hallopeau, *Bulletin général de thérapeutique*, 1891, t. 170, p. 481.

4. In Seifert, de Wurzburg, *Revue de laryngologie*, 1892.

5. In Lichtitz, *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892.

6. Lœwenberg, *Bulletin médical* de 1895, p. 253.

qui pris 1 gr. 80 de cocaïne par jour, et éprouva, après un temps non déterminé, de l'agitation, de l'insomnie persistante, des hallucinations de l'ouïe et de la vue, de la manie de la persécution, de l'impulsion homicide, des palpitations, de la gastralgie, de la sécheresse de la gorge, une anorexie absolue ; d'une autre femme de 23 ans, qui, elle, n'était pas une folle héréditaire ; aussi les accidents de cocaïnisme chronique furent-ils moins graves chez elle que chez la précédente ; elle devint mélancolique, apathique, et maigrit beaucoup à la suite de doses répétées de cocaïne, sans que l'auteur indique ces doses, ni la durée de leur administration ; enfin, l'auteur parle d'autres cas observés par lui, dans lesquels il vit survenir du nervosisme, de l'excitabilité alternant avec de la dépression, de l'anorexie, de l'insomnie.

Les doses que j'ai employées moi-même ont été extrêmement variables. Au début, je m'insufflais de la cocaïne au moins 8 ou 10 fois par 24 heures ; puis, à mesure que ma rhinite s'améliorait, les insufflations furent de plus en plus espacées, jusqu'à tomber au nombre de 2 ou 3 par jour ; en moyenne, j'usais 2 grammes, puis 1 gr. 50 seulement de chlorhydrate de cocaïne par mois, ce qui ne faisait guère que 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour ; soit, pendant quinze mois, une quantité totale de 20 à 30 grammes.

Nous sommes aussi loin, on le voit, de la dose de 0 gr. 008 relevée par M. le Dr Hallopeau comme ayant suffi à donner des accidents sérieux et prolongés, que de la dose de 3 gr. par jour, pendant trois ans, relevée par

le Dr Luff, laquelle n'a cependant donné que peu d'accidents.

C'est un fait qui a déjà été relevé par M. Magitot (1) que le défaut de correspondance entre les doses absorbées et les accidents provoqués.

Faut-il faire intervenir, pour expliquer ces divergences, la nature du terrain (2), l'hérédité nerveuse, la différence de genres d'existences, l'état des organes, et, en particulier, du cerveau, qui semble le principal intéressé (3) ou du foie (4) ? Faut-il invoquer simplement l'idiosyncrasie, ce qui est si commode lorsqu'on est embarrassé ? J'avoue mon impuissance à trancher la question.

1. Magitot, *loc. cit.*

2. Manquat, *Traité de thérapeutique*, 2 vol. p. 321.

3. Ch. Richet, in Delbosc, *loc. cit.*; Nègre, thèse, Montpellier, 1885.

4. Gley, *Comptes-rendus de la Société de biologie*, 9<sup>e</sup> série, 1891 ; Eon du Val, thèse, Paris, 1891.

## CHAPITRE II

DE LA RHINITE HYPERTROPHIQUE, SON ETIOLOGIE; SON ANATOMIE PATHOLOGIQUE; SA SYMPTOMATOLOGIE; NÉVROSES RÉFLEXES.

### § 1<sup>er</sup>

« La rhinite hypertrophique est caractérisée par un gonflement du cornet inférieur qui obstrue complètement le méat inférieur; la muqueuse lisse, ou plus souvent tomenteuse, mûriforme, est rouge d'abord, et perd à la longue cette coloration pour prendre une teinte gris pâle.

La rhinite hypertrophique est le premier degré de la dégénérescence myxomateuse de la pituitaire.

Le plancher et la cloison restent généralement sains; la lésion peut n'être qu'antérieure ou postérieure, mais elle peut aussi occuper tout le méat inférieur.

La cocaïne, en rétractant la partie antérieure, permet de voir la queue du cornet inférieur devenu souvent polypoïde; et en effet, la rhinite hypertrophique se termine souvent par de véritables polypes muqueux.

Elle guérit souvent seule après l'âge de cinquante ans. » (1)

1. Moure. Rhinite hypertrophique, ou Coryza chronique, *in* Traité des maladies des fosses nasales.

Partant de cette description sommaire de M. le docteur Moure, nous allons voir ce qu'ont dit sur cette question les divers auteurs qui s'en sont occupés.

§ 2.

*Etiologie.* — M. le docteur Enjalran (1) relève souvent comme cause de l'hypérémie de la pituitaire, puis de son hypertrophie, et enfin de la rhinite hypertrophique complète avec hypersécrétion, l'angine de Thornwaldt, ou sécrétion anormale de la glande de Luschka.

Thornwaldt, qui avait étudié cette maladie sur lui-même, avait déjà signalé les affections de cette glande de Luschka comme une cause de rhinite hypertrophique et de polypes, et il avait montré des polypes récidivants, des étouffements nocturnes, des asthmes n'ayant été guéris qu'après la cautérisation de l'organe de Luschka.

M. le docteur Gouguenheim remarque, comme tant d'auteurs, la coïncidence de la rhinite hypertrophique et des polypes muqueux, mais sans trancher la question de priorité, pour cette raison que l'on peut observer, selon lui, des polypes sans rhinite, et réciproquement; cependant le catarrhe nasal, qui est la manifestation ostensible de la rhinite hypertrophique, est fréquent chez l'enfant, tandis que les polypes sont chez lui exceptionnels (2), ce qui ne veut pas dire que la rhinite continuera à exister seule, mais bien que c'est elle qui a débuté, les polypes, eux, viendront plus tard, c'est-à-dire à sa suite.

1. Enjalran. Angine de Thornwalot, thèse Paris, 1887.

2. Gouguenheim, Union médicale du 11 octobre 1894.

M. le docteur Moure semble partager notre avis, car il dit dans son traité des maladies des fosses nasales que les polypes muqueux sont l'aboutissant ordinaire de la rhinite hypertrophique.

M. le docteur Lermoyez (1) étudiant les sinusites, montre que depuis les travaux de Ziem, de Dantzig (1886) qui nous les a fait mieux connaître, on les trouve fréquemment à l'origine de la rhinite hypertrophique et des polypes muqueux, par suite de l'irritation chronique déterminée par l'écoulement du pus du sinus dans les fosses nasales.

M. Moure constate d'ailleurs que si la rhinite hypertrophique est souvent l'origine des polypes muqueux, elle a souvent elle-même pour cause une irritation permanente, une inflammation chronique, un coryza chronique par exemple, ou l'ingestion répétée d'alcool, ou encore un empyème du sinus sphénoïdal; seulement, c'est surtout, dans ce cas, la queue des cornets qui est prise et devient le siège de granulations polypoïdes (2).

M. le docteur Lichtwitz (3) avait déjà signalé en 1892 un cas d'hydrorrhée nasale (et nous savons qu'hydrorrhée et rhinite hypertrophique ne vont guère l'une sans l'autre), dont l'origine était une sinusite frontale, dont la guérison entraîna celle de l'hydrorrhée.

Les écoulements muqueux des fosses nasale, hydrorrhée, comme les appela Bosworth, ont, d'après le même auteur, pour causes, le nervosisme, les changements

1. Lermoyez. Semaine médicale, 1893, p. 45. Voir aussi Beaumont, thèse Paris, 1895.

2. Moure. Communication à la Société de laryngologie, mai 1893.

3. Lichtwitz, Archives cliniques de Bordeaux, décembre 1892.

brusques de température, les refroidissements, au réveil particulièrement, l'inclination prolongée de la tête en avant; et la pathogénie de cette hydroporrhée devrait être recherchée, soit dans un trouble vaso-moteur passager, explicable par la parésie du Trijumeau ou celle du Grand Sympathique, spontanée ou provoquée par la présence de polypes et un coryza chronique consécutif; soit, exceptionnellement, dans l'existence de kystes des cavités de la face; (et c'est à cette dernière infirmité que Moutre rattache le cas signalé par M. le professeur Tillaux (1) d'un horloger dont le nez laissait échapper une abondante sécrétion séreuse, dès que le malade penchait la tête en avant).

Le docteur Barbier, lui, (2) dans sa thèse inspirée par M. le docteur Garel, de Lyon, affirme que les coryzas chroniques sont bien plus souvent dûs à l'existence d'une rhinite hypertrophique que celle-ci n'en est elle-même la cause, comme le disait Koenig.

Quant à l'étiologie de la rhinite, elle serait, d'après Barbier, banale : toutes les irritations locales, qu'elles proviennent de l'inhalation d'un air impur, chargé de poussières, de l'introduction de poudre de tabac à priser, de la répétition de coryzas aigus, peuvent donner lieu au coryza chronique, d'où rhinite.

Seiler partage cette manière de voir, et il donne un argument original en faveur de cette opinion : le coryza chronique, dit-il, est plus fréquent dans la classe aisée

1. Tillaux. Anatomie topographique, p. 53.

2. Barbier. Hypertrophie des cornets du nez, thèse, Lyon 1889.

que dans la classe pauvre, à cause des tapis dont sont garnis les appartements, et qui remplissent de poussières l'air respiré.

M. le docteur Cuvillier (1) constate la fréquente coïncidence des végétations adénoïdes et de la rhinite hypertrophique, et il ne serait pas éloigné de voir dans les premières la cause la plus fréquente de la seconde, comme Raulin d'ailleurs (2).

M. le docteur Sourdrille (3), à propos de l'étiologie des névroses réflexes sur lesquelles nous reviendrons, les attribue à l'érection du tissu caverneux des fosses nasales ; or cette érection, qui n'est autre chose que la rhinite hypertrophique vaso-motrice, serait due, d'après cet auteur, au contact répété de l'alcool avec le pharynx, à des congestions *a frigore*, et assez souvent enfin à un réflexe déterminé par le coït.

Si extraordinaire que ce dernier réflexe nous paraisse, il ne serait pas impossible qu'il fût réel, car il est admis par M. Moure (4), par le docteur Fliess, de Berlin (5), qui affirme avoir constaté chez les femmes une hypertrophie des cornets pendant les menstrues dont la fin coïncidait avec la régression de la turgescence nasale. Cet auteur signale de même une migraine congestive menstruelle que la cocaïne introduite dans le nez ferait instantanément disparaître en anémiant cet organe.

1. Cuvillier. Végétations adénoïdes, thèse Paris 1890.

2. In Mémoire à la Société de laryngologie.

3. Sourdrille. Névroses réflexes d'origine nasale, thèse, Paris 1887.

4. Moure, loc. cit.

5. Fliess, mémoire lu au Congrès de Wiesbaden en 1893.

La connexion entre le nez et les organes génitaux au point de vue de la congestion, semble assez intime au docteur Fliess pour qu'il attribue le syndrome nasal de la neurasthénie aux troubles génitaux si fréquents dans cette maladie.

Le docteur Joal, du Mont-Dore, parle de même d'épistaxis génitales (1).

Ficano (2) affirme aussi que l'érection, le coït, les règles produisent une congestion exagérée de la pituitaire chez les gens atteints de rhinite hypertrophique.

Enfin Oppenheimer (3) cite 3 cas où l'aménorrhée fut suivie d'hypertrophie des cornets inférieurs, et cette hypertrophie disparut dès que les règles furent rétablies.

Je me suis un peu étendu sur ce côté spécial de la question parce qu'il m'a semblé inattendu et intéressant, au moins par son originalité.

Pour terminer, je dirai que Carlo Secchi, de Bologne (4), attribue aux troubles intestinaux une part importante dans l'étiologie de la rhinite hypertrophique.

### § 3.

#### *Siège, fréquence.*

Zuckerkandl a relevé un cas en moyenne d'hypertrophie des cornets sur 8 ou 9 cadavres pris au hasard.

1. Joal, Revue de laryngologie, février-mars 1888, p. 74-129.
2. Ficano. Annales des maladies de l'oreille, mai 1895, p. 497.
3. Oppenheimer. Berl. Kl. Wochenschrift, n. 40, 1892.
4. Carlo Secchi. Congrès d'otologie de Bruxelles, séance du 13 septembre 1888.

Barbier, sur une statistique de 26 cas, a constaté que dans 15 cas, l'hypertrophie était bilatérale, et qu'elle portait : 9 fois sur les cornets inférieurs,

2 fois sur les cornets inférieur et moyen,

4 fois sur les cornets moyens seuls ;

dans 11 cas, elle était unilatérale, et portait :

10 fois sur un seul cornet, l'inférieur,

1 fois sur les cornets inférieur et moyen.

Le cornet inférieur, et surtout le droit, est donc le plus souvent atteint ; en outre ce sont les deux extrémités, antérieure et postérieure, qui sont le plus fréquemment malades, mais plus souvent encore l'extrémité postérieure, ce qu'on a appelé la queue du cornet inférieur.

Pour Hering, de Varsovie, le cornet moyen serait plus souvent touché que l'inférieur, et pour Zuckerkandl, la lésion porterait surtout au niveau des orifices des sinus frontal et maxillaire.

#### § 4.

#### *Anatomie pathologique.*

Moldenhauer établit une différenciation dans le groupe des rhinites hypertrophiques qu'il divisa le premier en rhinites vaso-motrices pures et rhinites hyperplasiques ; et il proposa un moyen très simple pour faire le diagnostic différentiel entre ces deux formes, c'est d'employer la cocaïne.

Ce médicament vaso-constricteur affaisse complètement

la muqueuse simplement turgide (1), et est impuissant lorsque les tissus sont en outre hyperplasiés.

Cette distinction de deux modalités dans la rhinite hypertrophique est certainement à conserver (2), mais au point de vue du traitement surtout, car je pense que ces deux formes ne constituent guère que deux étapes de la même maladie ; cependant remarquons en passant, que c'est surtout dans la forme vaso-motrice que les névroses réflexes seraient fréquentes, d'après M. Gouguenheim, ce qui ne concorde peut-être pas avec l'avis général, qui rend les névroses réflexes justiciables de toutes les affections nasales sans distinction.

Kohlrausch, en 1853, a décrit, le premier, le tissu érectile sous-muqueux des fossés nasales.

M. le docteur Rendu eut l'occasion de faire dans le service du professeur Richet, le premier examen histologique d'un cas de rhinite hypertrophique ; il constate l'hypertrophie des glandes, du chorion et de l'épithélium.

Cet examen resta isolé jusqu'en 1881, époque à laquelle Bosworth en fit un autre ; depuis, Seiler, en 1883, puis Thierfelder, Beverley, Morell-Mackenzie firent de nouveaux examens, et reconnurent que l'hyperplasie est cons-

1. La cocaïne avait déjà été indiquée comme moyen de réduction de la turgescence locale par Bosworth (New-York méd. record. 15 octobre 1884), puis par Jellinez et Sajous.

2. Cette distinction a été acceptée par tous les auteurs. Voir : Ruault, Gazette des Hôpitaux du 10 décembre 1887 ; Garel *in* thèse Barbier Lyon 1889 ; Gouguenheim, Communication orale. Elle n'est d'ailleurs pas nouvelle, car elle avait déjà été faite en 1833 par le docteur C. D. Voir bulletin général de thérapeutique publié par Miquel, 1833.

tituée par une prolifération épithéliale, une abondante infiltration de cellules embryonnaires et des trousseaux fibreux laissant entre eux des mailles, qui ne sont autre chose que les lacunes d'une sorte de corps caverneux, de tissu érectile ; ce dernier était surtout abondant à la partie postérieure des cornets (1).

En 1885, Terrillon (2) niait l'existence d'un tissu caverneux, mais constatait des lésions d'inflammation chronique caractérisée par une profusion de cellules embryonnaires telle que les glandes de la muqueuse en étaient atrophiées.

Suchard, dans le laboratoire du professeur Ranvier, faisait les mêmes constatations.

Chatellier (3), la même année et l'année suivante, décrivait un mélange de tissu muqueux et de tissu adénoïde : « la tumeur était une véritable dégénérescence myxomateuse de la muqueuse des cornets sur les points où elle renferme du tissu adénoïde ; le tissu en est identique à celui du cordon ombilical. »

Le professeur Renaut, de Lyon, dit que la tumeur est un myxangiome, c'est-à-dire qu'elle est constituée, non par du tissu inflammatoire, mais par du tissu érectile inclus dans du tissu embryonnaire, de la mucine remplissant les espaces conjonctifs du derme.

En somme, constitution analogue à celle des polypes muqueux, qui ne sont que du myxome pur, sans mélange

1. Barbier, loc. cit.

2. Terrillon, Progrès médical, 1885.

3. Chatellier. Annales des maladies de l'oreille, 1885 et 1886.

d'adénome, pour Renaut et nombre d'autres auteurs (1), tandis que Billroth en fait des adénomes, et Hoffmann, des fibromes mous (2).

Moure (3) trouve dans la rhinite hypertrophique une profusion de cellules ambryonnaires entourant des vaisseaux énormes, et des glandes considérablement hypertrophiées.

Je dois dire que c'est là la constitution des premiers polypes qui me furent arrachés et qui furent examinés par M. le docteur Fontan, de Toulon.

Enfin, je dois citer un cas unique offert par un malade de M. Jalaguier, dont l'histologie fut faite par M. le docteur Gombault (4), qui trouva que la tumeur polypeuse était constituée par un epithelioma kystique à texture identique à celle de la mamelle dans la maladie kystique de cet organe décrite par MM. Reclus et Brissaud.

A part ce cas unique de dégénérescence kystique, on voit que les anatomo-pathologistes se divisent en deux camps : celui de l'inflammation chronique, avec adénomatose, et celui du myxangiome, avec production d'un tissu nouveau, le tissu muqueux ; ce dernier compte le plus de partisans aujourd'hui.

1. Gangolphe. Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon, t. 24, 1884, p. 25. Morell. Mackenzie, in Gouguenheim. Union médicale du 11 octobre 1894 ; Morel-Lavallée, Bulletin de la Société anatomique de Paris, octobre 1883 ; Chatellier, Archives de Laryngologie, 1887-1888 ; P. Tissier, Annales de médecine, décembre 1894.

2. Gouguenheim, *loc. cit. supra*.

3. Moure. Traité des Maladies des fosses nasales : Rhinite hypertrophique.

4. Jalaguier et Ruault, Archives de laryngologie, 1887-88.

§ 5.

*Symptomatologie.* — La symptomatologie de la rhinite hypertrophique ne nous arrêtera pas longtemps : le facies du sujet est celui de tous les gens qui ont le nez bouché : c'est le facies dit adénoïdien par Chatellier dans sa thèse inaugurale (1886), celui que Catlin déclarait être moins agréable que celui de l'âne (1) ; le malade ne se plaint guère que de la gêne de la respiration nasale ; mais si on l'interroge, on reconnaît qu'il présente des troubles de l'odorat, le plus souvent de l'anosmie absolue, quelquefois de la cacosmie ; des troubles de l'ouïe plus fréquents dans la rhinite hypertrophique que lorsqu'on a affaire à des polypes (2) ; des troubles de la déglutition ; des troubles de la phonation, caractérisés par du nasonnement, la difficulté de prononcer les diphtongues dites nasales ; et une altération des sécrétions nasales : coryza chronique avec crises d'hydroporrhée intermittente ; celles-ci sont annoncées au malade par du chatouillement dans les fosses nasales, et des éternûments prolongés (3) ; survenant à la suite du plus léger refroidissement, le plus souvent le matin, au réveil (Trousseau), mais aussi quelquefois au milieu de la nuit (Rees) (4) ; bientôt un

1. Voir la Préface.

2. Gouguenheim. Union méd. du 11 octobre 1894.

3. Qui n'ont jamais heureusement, les conséquences que Sauvages leur attribuait en 1771 ; il prétendait en effet que les éternûments sont quelquefois si violents qu'ils font mourir, « d'où est venue la coutume de « saluer ceux qui éternuent ».

4. On ne remarque guère, d'ailleurs, la coïncidence signalée par

écoulement de sérosité limpide, incolore s'établit, qui dure une, deux, ou trois heures, et amène la congestion des fosses nasales, soit par lui-même, soit par les efforts de mouchement qu'il entraîne (1). Cette congestion se traduit bientôt par une obstruction plus ou moins complète des fosses nasales suivant leur degré de perméabilité ordinaire.

L'interrogatoire permet encore de relever l'existence d'une ou plusieurs des névroses réflexes dont nous allons parler dans un moment.

L'examen objectif permet de s'assurer si le malade est atteint ou non de végétations adénoïdes, de polypes, d'une maladie quelconque des fosses nasales ; coryza chronique avec croûtes de la rhinite atrophique, tuberculose, syphilis tertiaire nasale, etc. ou simplement de rhinite hypertrophique, laquelle se traduit par un épaississement du cornet inférieur dont la muqueuse est généralement rouge vif.

Pour savoir si on n'a affaire qu'à une rhinite vaso-motrice, on recourra au procédé de Bosworth : on introduira un tampon de cocaïne et on constatera que la muqueuse s'affaisse complètement, et alors c'est bien de la rhinite hypertrophique vaso-motrice pure qu'il s'agira, ou bien la muqueuse restera épaissie, et alors on a affaire à de la rhinite hyperplasique ; le traitement sera différent suivant le cas.

Mais on ne devra pas oublier que la rhinite purement

Romberg chez un garçon qui était pris d'éternûments avec hydrorrhée chaque fois qu'il avait une pensée érotique.

1. Lermoyez, Mercredi médical du 27 juin 1894.

vaso-motrice peut exister et même gêner beaucoup le malade, sans que le médecin ait la possibilité de rien constater au moment de son examen, en raison de la mobilité du symptôme congestif, (Voltolini (1), Coupard (2), Moure (3), Fliess (4).

## § 6.

*Complications.* — Les complications les plus fréquentes sont : des troubles auditifs et des troubles oculaires (5), par obstruction et irritation de continuité de la trompe d'Eustache (6), ou du canal nasal ; l'angine granuleuse par suite de la respiration buccale n'est pas très fréquente (7) ; la dégénérescence maligne des polypes, suite de rhinite est rare (8), de même que la transformation de la rhinite hypertrophique en rhinite atrophique avec ozène (9), qui a été indiquée par Zuckerkandl, Fraenkel,

1. Sourdrille, thèse, Paris, 1887.

2. In Renous, thèse, Paris, 1892.

3. Moure. *Traité des maladies des fosses nasales.*

4. In Archives de laryngologie, 1893.

5. Ulcères de la cornée, iritis dite rhumatismale, myopie, cataracte, strabisme. œdème des paupières, ectropion (Ziem, Monatschrift für Ohrenheilk., n<sup>os</sup> 8 et 9, 1893) ; Asthénopie (Ware, de Scranton). *Revue de laryngologie*, janvier 1893, Parésie du muscle droit externe de l'œil. (Kibbe. *Revue de laryngologie*, janvier 1893. Iritis dite rhumatismale ; Fromaget. *Revue internationale de laryngologie*, Novembre 1893.

6. Spalting. *Archives de laryngologie*, 1892 ; Gouguenheim. *Union médicale*, 11 octobre 1894.

7. Raulin, *Société de laryngologie* ; Cuvillier, thèse Paris 1890

8. Gouguenheim, *loc. cit.*, *suprà*.

9. Garnault. *Semaine médicale*, 1893.

Krause, Gottstein, John Mackenzie, Walb, Berger, Tyrmann, Ziem et Kurz, mais dont les affirmations ont été discutées par Moldenhauer et par le docteur Garrigou-Desarènes ; ce dernier affirme même, avec Moure, que le plus souvent la rhinite hypertrophique guérit toute seule, lorsque le malade a dépassé l'âge de cinquante ans.

L'ozène d'ailleurs, si l'on en croit Jurasz et Semon, peut se voir transitoirement, quoique rarement, dans la rhinite hypertrophique.

### § 7.

*Névroses réflexes.* — Nous arrivons à un des chapitres de la pathologie qui ont le plus donné lieu de s'exercer à la sagacité des médecins, et qui est un des plus riches de la littérature médicale.

Les névroses réflexes, d'origine nasale, en effet, semblent, du fait même de leur bizarrerie, avoir tenté tous les médecins qui s'occupent quelque peu de ces questions ; aussi est-ce ici le cas de dire avec M. Lermoyez « que le nez « devient envahissant, et qu'il menace d'engouffrer toute « la pathologie », surtout si on continue à lui découvrir des affections quelque peu étranges pour la région, comme la blennorrhagie du nez (!) qui a été décrite par le docteur Dedieu (1), et admise sans difficulté par le docteur P. Tissier (2), et le rhumatisme du nez, qu'a découvert W. Frendenthal (3).

1. Dedieu, thèse Paris, février 1895.

2. Tissier. *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, janvier 1894.

3. Frendenthal, Communication à l'Académie de médecine de New-York (méd. record., 16 février 1895).

On ne fait généralement remonter l'histoire des névroses réflexes d'origine nasale qu'à Voltolini, en 1871, et cela encore, depuis peu de temps, car les travaux de ce médecin avaient passé inaperçus; aussi fût-ce à Hack, de Francfort, que, pendant plusieurs années, on attribua la gloire d'avoir ouvert la mine d'observations que nous allons passer en revue.

Cependant Sourdrille (1) nous apprend qu'Arétée, de Cappadoce, au 1<sup>er</sup> siècle de notre ère, avait déjà observé un cas d'épilepsie liée à l'irritation des fosses nasales! que Bausner, en 1656, et Van Helmont, en 1682, avaient remarqué, l'un, la provocation d'accès d'asthme par la mise en jeu du sens de l'olfaction; l'autre, la corrélation des troubles respiratoires avec l'obstruction nasale.

Cullen, (2) en 1772, relatait le cas si connu du pharmacien dont la femme avait un accès d'asthme toutes les fois que son mari pulvérisait de la racine d'ipéca.

Portal, en 1804, signalait un nouveau cas d'épilepsie nasale, et Trousseau connaissait si bien les névroses réflexes d'origine nasale que dans le tome II de ses Cliniques (1861), il raconte qu'il lui était arrivé de prédire à des malades atteints d'hydropnée à répétition, qu'ils seraient bientôt affligés d'un asthme.

Si nous passons à la période actuelle, nous voyons que l'asthme nasal a été signalé et étudié en 1871 par Voltolini (3), puis par Koenisch (1874), Hartmann et Schœffer (1879), Fraenkel, Herzog, Wille, Schadowald (1881),

1. Sourdrille, thèse Paris, 1887.

2. Cullen. *Synopsis nosologiæ methodiæ*.

3. Voltolini, *Traité de la Galvano-caustie*, p. 249.

Lœwe, Mulhall, Joal (1882), Hack (1884), Sommerbrodt 1885, Moldenhauer, Lublinski (1886), Hering (décembre 1885 et 1886) Laviolette, du Canada (1).

A côté des observations d'asthme, viennent se grouper celles relatives à une dyspnée sine materiâ. Sourdrille relate le cas (2) d'une demoiselle M. âgée de 32 ans, institutrice, ayant, avec le nez bouché, la voix voilée, et même de l'aphonie ; cette personne était sujette à des réveils brusques avec sensation d'étouffement pénible ; elle avait des névralgies frontale et occipitale ; rien d'ailleurs à l'examen des organes respiratoires. Amélioration considérable par des galvano-cautérisations des fosses nasales hypertrophiées, et par des badigeonnages à la cocaïne.

Ruault et Moure (3) citent des cas de simple angoisse, d'anxiété respiratoire avec inspiration pénible et expiration sifflante pouvant aller jusqu'à la suffocation.

Gonzalès Alvarez rapportait déjà en 1885 (4), des cas de toux nocturne chez des enfants ; il attribuait cette toux à l'irritation de certaines régions du nez par les mucosités qui s'y accumulent pendant la nuit.

Enfin Fr. Franck, en 1876, puis en 1889 (5), produisait la contraction des muscles bronchiques chez le chien,

1. Voir : Moure, *loc. cit.* ; Garrigou-Désarènes. Catarrhe chronique du nez, 1888 ; Ruault. Névropathies réflexes, *Gazette des Hôpitaux*, décembre 1887.

2. Observation XX de sa thèse.

3. Moure, *loc. cit.*

4. Gonz Alvarez, *Revue des sciences médicales* de Martel, octobre 1885.

5. Voir Chabory. Influence des affections nasales sur les réflexes respiratoires, thèse Paris, 1892.

par l'excitation de la muqueuse nasale, et le symptôme toux, dans d'autres expériences, par irritation du cornet moyen.

Ruault (1) a signalé en 1887 non plus un spasme bronchique, mais un spasme glottique consécutif à une rhinite hypertrophique, et Sandmann, un cas d'emphysème dû à la sténose nasale de son sujet ; il était cette interprétation sur les expérimentations de Cervello et de Lazarus (2). Nous devons toutefois dire impartialement que Wirchow discute vivement cette interprétation.

Signalons enfin, en passant, les déformations thoraciques obtenues par Ziem sur des chiens grâce à l'obstruction prolongée des fosses nasales (3).

Un autre symptôme qui ne mérite pas, d'après nous, le nom de réflexe, en ce sens qu'il est si fréquent dans la rhinite hypertrophique qu'il devrait rentrer dans la symptomatologie de cette dernière, c'est l'hydrorrhée nasale.

Ce trouble sécrétoire a paru rare à Bosworth, en 1884, dit M. Moure, parce que, ne s'en préoccupant pas, on ne le relevait pas ; mais, en réalité, on le constate presque constamment au contraire lorsqu'on interroge sur ce point les malades atteints de rhinite hypertrophique.

Nous avons déjà vu que Trousseau connaissait très bien ce symptôme ainsi que les relations de succession qui existent entre lui et l'asthme.

1. Ruault. *Archives de laryngologie*, 1887.

2. Cervello. *Riforma medica*, 1899 ; Lazarus. *Arch. für An. und phys.* 1891.

3. Moi-même, à 20 ans, j'avais un développement thoracique inférieur de deux centimètres à la normale.

*Epilepsie.* — L'épilepsie d'origine nasale que nous venons de voir signalée déjà par Arétée, Portal, l'a été encore depuis, par Loeve, Schneider, Ten Siethoff, de Deventer (1), Roë (2) qui voudrait qu'on examinât de parti pris le nez de tous les épileptiques, et enfin H. Jackson (3).

*Migraines.* — Les migraines en rapport avec l'hypertrophie des cornets, ont été l'objet de plusieurs travaux de Hack, qui insista, le premier, sur leur origine nasale en 1882, puis en 1884 et en 1885 ; Sommerbrodt ensuite, Götze, Bøker, Schœffer et Hering ; Roë, en Amérique ; Ruault, Ménière, Moure, Joal, Laffargue, Goris, en France, se sont successivement occupés de cette question.

Coupard trouva l'hypertrophie des cornets chez quarante migraineux sur cent, et constata que très peu de personnes sont sujettes à la migraine, qui ont les fosses nasales saines ; seulement, il faut ici encore se défier de la fugacité de l'éréthisme vaso-moteur qui peut avoir disparu au moment de l'observation du médecin, ce qui expose ce dernier à nier à tort l'existence de cet accident (4).

D'ailleurs, le traitement des fosses nasales par les galvano-cautérisations jugera la question d'étiologie en faisant disparaître les migraines à tout jamais.

Fauvel, qui a inspiré la thèse de Renous, cite quatre observations tirées de sa pratique (5), dans lesquelles on

1. Ten Siethoff, Communication à la Société néerlandaise de laryngologie, 1894

2. Roë. Communication au Congrès de Washington, 1893.

3. *In* Moure, *loc. cit.*

4. Renous. Migraine en rapport avec l'hypertrophie des cornets, thèse, Paris, 1892.

5. Observations VIII, IX, XII, et XIV de la thèse de Renous.

voit un simple badigeonnage préventif à la cocaïne (observation IX), fait au moment voulu, empêcher l'accès de migraine de se produire à l'heure ordinaire, et un traitement de quelque durée du nez par des applications du même médicament, guérir définitivement ces migraines.

M. le docteur Sp., assistant de consultation dans un des hôpitaux de Paris, racontait un jour à M. le docteur Reclus qu'il arrêta l'éclosion des accès de migraine à laquelle il est sujet, par le même procédé.

Vergely, Hack citent des observations semblables.

Snow (1) admet les mêmes relations que les précédents entre la migraine et la rhinite hypertrophique vasomotrice.

*Névralgies.* — Le docteur Moure (2) attribue en outre à cette dernière l'origine de névralgies diverses. L'opposition de Moldenhauer à la théorie des névralgies et migraines d'origine nasale perd un peu de son importance en présence du consensus général des auteurs, malgré la très-grande compétence de ce spécialiste.

*Tics, vertiges.* — Petelson a signalé les tics de la face ; Moure et Snow, les vertiges ; Moure, des troubles vasomoteurs ; Spencer Watson (3) de la tachycardie ; Guye, d'Amsterdam, de l'aprosexie ; Ten Siethoff (4), de la parosmie fétide, que des applications locales de cocaïne firent disparaître.

Hering (5) cite trois observations, deux de dyspnée

1. Snow, Annales des maladies de l'oreille, mai 1895.

2. Moure, traité des maladies des fosses nasales.

3. Sp. Watson, Brit. méd. jal. 1895, p. 1097.

4. Ten Siethoff, loc. cit.

5. Hering, Névroses réflexes d'origine nasale. Ann. des mal. de l'oreille, février 1886.

spasmodique et une autre d'aphonie spasmodique, accompagnées de bégaiement intermittent; les trois malades ont été guéris par la cautérisation des cornets hypertrophiés.

Brébion (1) cite un cas d'aphonie complète de même cause, guérie de la même façon.

De même, Howard Straight (2).

*Insomnie.* — H. Jackson a rapporté des cas de dyspnée, d'épilepsie et d'insomnie rebelle (3) rapportés à la rhinite hypertrophique.

*Autres réflexes.* — Oppenheimer (4) relate trois observations d'anémiques non réglées, guéries de leur anémie, et de leur aménorrhée en même temps que d'une rhinite hypertrophique.

Chabory (5) cite un cas d'anémie consécutive à de l'obstruction nasale.

Rethi (6) rapporte un cas non moins curieux d'asthme nasal alternant avec un œdème des extrémités, lequel œdème reparait toutes les fois que le nez du malade se bouchait, et ne reparut plus après quelques cautérisations qui guérissent l'affection nasale.

Cet œdème était certainement nerveux comme on en a signalé sous le nom d'œdème neuropathique, d'œdème hystérique, etc., mais le point curieux est de voir ce

1. Brébion. Revue de laryngologie, 1885, p. 641.

2. Hov. Straight. Med. record. 25 novembre 1893.

3. Moure, loc. cit.

4. Oppenheimer. Berl. Kl. Wochenschr., 3 octobre 1892.

5. Chabory, Annales de laryngologie, juin 1894.

6. Rethi. Ann. des maladies de l'oreille, 1893.

trouble vaso-moteur des extrémités avoir son origine inhibitrice dans les fosses nasales comme tant d'autres réflexes y ont leur point de départ.

Ce cas permet de concevoir plus facilement comment on a pu rattacher à la rhinite hypertrophique des observations de Glycosurie (Bayer) (1), et de troubles intestinaux (Carlo Secchi) (2); dans cette dernière, on trouve ce point à relever que ce n'est pas la guérison de la rhinite qui a amené celle des troubles intestinaux, mais bien celle-ci qui a entraîné celle-là.

Ce cas intéressant nous conduit à remarquer que si, le plus souvent, les réflexes partent du nez pour porter sur des organes où appareils éloignés, les termes peuvent quelquefois être renversés; c'est alors sur le nez que porte le réflexe, lequel a son point d'origine dans un organe éloigné; tels sont les cas que nous avons déjà cités, d'épistaxis génitales (Joal), d'hyrorrhée survenant chaque fois que le sujet a une pensée érotique (Romberg), d'hyperturgescence de la pituitaire chez les gens atteints de rhinite à la suite d'un coït, d'une érection, des règles, (Ficano).

Nous terminerons ce long paragraphe des névroses réflexes par un extrait du mémoire déjà cité, que lut Fliess, de Berlin, au congrès de Wiesbaden, en 1893, et qui nous servira de résumé :

Les réflexes d'origine nasale peuvent se diviser en trois groupes :

1. Bayer, méd. record, 21 avril 1894.

2. Carlo Secchi. Congrès d'otologie de Bruxelles, 13 septembre 1888.

1° Les symptômes céphaliques, qui sont : les vertiges, l'anorexie, la céphalalgie, l'amnésie, les cauchemars, l'intolérance pour l'alcool, l'épilepsie, la migraine.

2° Les symptômes disséminés ou névralgiques : douleurs au niveau des omoplates, dans les bras, à l'appendice xyphoïde, dans les reins, douleurs intercostales, cardiaques, gastralgiques, lombaires, ischiales.

3° Les symptômes fonctionnels : toux, dyspnée, asthme, palpitations, anorexie, nausées, vomissements, dyspepsie acide, pâleur de la peau, cryesthésie, frissons, troubles menstruels.

La plupart de ces réflexes ne naissent certainement que chez les neurasthéniques, ou tout au moins chez des nerveux, mais y a-t-il lieu de généraliser et de dire qu'aucun de ces réflexes ne peut apparaître, que chez des nerveux ? j'ai déjà dit ce que je pense à cet égard, je n'y reviens pas.

*Pathogénie des névroses réflexes.* — La première théorie proposée pour expliquer la pathogénie des névroses réflexes d'origine nasale fut la théorie de la congestion imaginée par Hack qui, supposant dans la muqueuse du nez, l'existence de nerfs spéciaux qu'il appelait « nervi erigentes », admettait que la turgidité de la muqueuse provoquée par une irritation quelconque, comprime ces nerfs, dont l'excitation produirait les réflexes. Mais ces nervi erigentes sont une pure hypothèse de l'auteur, et on lui a objecté que certaines rhinites atrophiques donnent lieu à des réflexes, or, dans sa théorie, Hack expliquait l'absence habituelle des réflexes dans cette maladie par l'atrophie simultanée des nervi erigentes ; en ou-

tre, un certain nombre de rhinites hypertrophiques ont été constatées, qui n'avaient été accompagnées d'aucun réflexe.

Quant à l'asthme, Hack avait une explication spéciale: l'accès était dû à ce fait que la sténose nasale restreint la respiration et que l'acide carbonique, qui devrait s'éliminer, reste dans le sang, d'où il va exciter les centres respiratoires bulbaires. C'est la théorie de l'accès d'asthme par insuffisance de l'oxygénation. Mais cette théorie tombe devant ce fait que la respiration buccale supplée la nasale déficiente; on ne voit pas bien, en outre, pourquoi les accès d'asthme reviendraient à heure fixe. Cette théorie est cependant acceptée par Moure.

Fraenkel admet que l'origine des réflexes est, non une simple compression nerveuse par la congestion des cornets, mais une véritable irritation par l'inflammation chronique de la région.

Mais on n'a jamais constaté de névrite des rameaux nasaux, et si nous avons vu au paragraphe de l'anatomie pathologique que Seiler, Morell-Mackenzie, Terrillon, Suchard, Moure, admettent une inflammation chronique, Chatellier, Renault, n'admettent que le développement d'un tissu myxangiomeux, et il doit en être ainsi, au moins dans la forme vaso-motrice où la première place revient à l'angiomatose, puisque la cocaïne suffit à affaiblir complètement la muqueuse.

Creswell Baber rapporte tous les accidents observés au nervosisme, ce qui est au moins sommaire.

Bockmann (1) rejette l'origine réflexe nasale de l'asthme,

1. Bockmann, Société de médecine interne de Berlin. 20 mars 1893.

et croit que celui-ci tient à un trouble de fonctionnement des alvéoles pulmonaires; ce trouble est dû à ceci, que l'obstruction nasale entraîne la respiration buccale, d'où dessèchement des muqueuses, et, par suite, anesthésie partielle de ces muqueuses; d'où respiration plus profonde qu'à l'état physiologique, et fonctionnement anormal des alvéoles, et enfin réflexe spasmodique consécutif.

Weber explique l'asthme par un gonflement réflexe hyperémique des bronches, connexe à la turgidité de la pituitaire.

Wille et Rosbach admettent ce gonflement hyperémique, mais en placent le point de départ dans l'excitation des nerfs cutanés de la cinquième paire.

Riegel explique l'asthme par un spasme réflexe du diaphragme.

Enfin, Lublinski l'explique par un spasme bronchique réflexe, et il relève à l'appui de ce spasme, les râles sibilants qu'on observe dans l'asthme.

MM. Ruault et Brissaud, qui ont expliqué un cas de spasme glottique par un réflexe parti du nez avec transmission aux nerfs laryngés (1), admettent bien le réflexe nasal, mais seulement chez les nerveux héréditaires; le système nerveux normal étant, pour eux, réfractaire à toute réaction sous une aussi faible influence;

Cependant François Franck obtenait dès 1876, les contractions des muscles bronchiques par simple excitation de la muqueuse nasale chez des chiens; dans de nouvelles expériences, en 1889 (2), chez le même animal, il pro-

1. Ruault. Archives de laryngologie, 1887.

2. Fr. Franck. Archives de Physiologie 1889.

duisait de la toux par l'irritation du cornet moyen, et d'autres réactions respiratoires très diverses à la suite de stimulations intra-nasales un peu vives.

Il s'agirait donc bien d'un réflexe pur et simple parti du nez, et cette théorie est admise, non seulement par François Franck, mais par Schiff et Paul Bert (1).

Après tout, les animaux mis en expérience par François Franck ne seraient-ils pas suspects d'hérédité nerveuse?

Ziem enfin, avons-nous déjà dit, a produit des déformations thoraciques chez le chien, par l'obstruction permanente des fosses nasales; absolument comme on constate cette déformation chez l'enfant atteint de sténose nasale, quelle qu'en soit l'origine.

Cette déformation thoracique n'aurait-elle pas une cause de même ordre que celle invoquée par Mayo Collier pour expliquer la déviation de la cloison (2)? Nous posons simplement la question.

Il ressort de l'étude que nous venons de faire que certaines névroses doivent bien être attribuées à un réflexe parti du nez, mais il resterait à savoir s'il y a, dans les fosses nasales, une région particulièrement prédisposée à être le point de départ de ces réflexes.

1. Moure, traité des maladies des fosses nasales. Névroses réflexes d'origine nasale.

2. Mayo Collier exposa le 27 novembre 1891, au Congrès britannique, que lorsqu'une fosse nasale est bouchée, chaque inspiration y fait le vide par aspiration postérieure; l'air exerce alors sur la cloison du côté sain une pression de 2 kilos. qui n'est pas contrebalancée du côté obstrué; d'où, à la longue, déviation du côté bouché.

Max Schaffer ne le croyait pas, et il attribuait cette propriété réfléchogène à toute la muqueuse nasale ;

Hack n'était pas de cet avis et l'attribuait à la partie antérieure du cornet inférieur seulement.

J. Mackenzie, de Baltimore, se basant sur des expériences personnelles, l'attribuait à la partie postérieure du cornet inférieur ; et, pour lui, toute excitation de cette région suffit pour déterminer le réflexe, attendu que la simple introduction d'un instrument suffit, au moment où cet objet atteint la région incriminée, pour le faire naître.

Calmettes, Cartaz et Seiler partagent cette manière de voir (1).

Laviolette, médecin canadien, attribue la fréquence de l'asthme nocturne à ce fait que l'on se couche habituellement sur le dos, et que la partie postérieure des cornets est, de ce fait, sujette à une stase sanguine dont la répétition amène l'hypertrophie de cette région avant toute autre.

Baratoux (2) croit que la zone réfléchogène se trouve à la partie postérieure de la cloison, et Barbier (3), dans sa thèse, inspirée par Garel, de Lyon, constate, à l'appui de cette opinion, ce fait que, contrairement à l'avis de Moure, l'hypertrophie de la cloison est très fréquente.

Hering pense que c'est surtout au cornet moyen, dont

1. Calmettes, Progrès médical du 9 juillet 1887 ; Cartaz, France médicale du 1<sup>er</sup> août 1885.

2. Baratoux, mémoire à la Société française de laryngologie, 15 octobre 1885.

3. Barbier, thèse Lyon, 1889.

l'hypertrophie est, pour lui, la plus fréquente, que se trouve la zone réflectogène (1).

Entre ces diverses opinions, je n'ose me prononcer ; cependant, il m'est arrivé fréquemment d'être pris d'une toux sèche invincible, au moment où la canule dont je me servais, pénétrait un peu profondément ; je serais donc tenté de placer, avec Baratoux ou John Mackenzie, la zone tussigène (Cartaz) à la partie postérieure soit de la cloison, soit du cornet inférieur ; ces deux parties étant, en effet, simultanément touchées par mon instrument, il m'est difficile de dire laquelle était le plus particulièrement en jeu.

Quant à l'hyrorrhée, tous les auteurs en font un trouble vasomoteur passager qui dépendrait d'une parésie du trijumeau ou du grand sympathique, pour Moure ; du grand sympathique seul, pour Bosworth, Hardie, Lichtwitz.

Pour résumer ce long chapitre, nous dirons que, pour la majorité des auteurs, la rhinite hypertrophique doit être entendue de la manière suivante :

*Étiologie.* — L'étiologie se trouve dans une irritation chronique intra-nasale ou pharyngée : polypes, sinusites, végétations adénoïdes, alcool, etc., etc.

*Fréquence.* — La fréquence de cette affection est considérable, puisqu'on en trouve un cas sur 8 ou 9 cadavres pris au hasard.

*Siège.* — Le siège est variable ; mais c'est surtout le

1. Hering, névroses réflexes d'origine nasale. Ann. des mal. de l'oreille, février 1886. Cet auteur cite un cas de hay-fever, maladie qui n'est qu'une rhinite hypertrophique intermittente, dont la guérison ne put être obtenue que par l'ablation du cornet moyen.

cornet inférieur, et particulièrement sa partie postérieure, qui semble atteinte.

*Anatomie pathologique.* — L'hypertrophie du cornet atteint de rhinite est constituée par du tissu muqueux (Myxome), des glandes hypertrophiées (adénome) et des vaisseaux dilatés (angiome); nous dirons donc myxadé-nangiome.

*Symptomatologie.* — Trouble de la respiration nasale, hydrorrhée.

*Complications.* — Troubles auditifs, troubles oculaires.

*Névroses réflexes.* — Asthme, migraine, névralgies, épilepsie.

*Pathogénie des névroses* — Réflexe nasal simple parti d'une zone qui semble être la partie postérieure du cornet inférieur ou de la cloison.

## CHAPITRE IV.

### TRAITEMENT.

Nous avons vu dans le courant du chapitre précédent que la rhinite hypertrophique a souvent pour cause des végétations adénoïdes, des inflammations locales répétées ; qu'elle s'accompagne fréquemment de coryza chronique avec crises d'hydrorrhée, et que, après avoir débuté comme rhinite vaso-motrice pure, la maladie se complique bientôt d'hyperplasie qui devient petit à petit assez considérable pour constituer des polypes muqueux, et que lorsque cette hyperplasie se borne à la partie postérieure du cornet inférieur, on dit qu'il y a hypertrophie de la queue de ce cornet.

On comprend, d'après cette exposition, qu'il n'y a pas à scinder d'une façon absolue, le traitement de ces divers accidents ; toutefois, comme il est clair qu'on ne peut songer à traiter la maladie arrivée au degré où elle se complique de prolifération polypeuse abondante par les mêmes moyens que lorsqu'elle se borne à de la vaso-dilatation intermittente, nous sommes bien obligés de diviser notre étude du traitement en paragraphes distincts qui comprendront : 1° le traitement de la rhinite hypertrophique accompagnée de polypes, et en particulier de

l'hypertrophie de la queue du cornet inférieur ; ce paragraphe sera très sommaire, car il n'a que des liens de voisinage avec notre sujet proprement dit.

2<sup>o</sup> Traitement de la rhinite hypertrophique vaso-motrice et de ses symptômes locaux.

Mais les connexions de ces diverses parties sont souvent telles qu'il nous sera impossible de ne pas empiéter de temps en temps d'un paragraphe sur l'autre.

§ 1<sup>er</sup> (1).

*Traitement des polypes muqueux.*

Hippocrate connaissait déjà les polypes muqueux des fosses nasales et avait remarqué leur friabilité ; il recommandait, pour les détruire, d'introduire au fond du nez une grosse éponge fixée à un fil et de tirer sur ce fil de façon à râcler avec l'éponge tout ce qui dépasse l'alignement.

Ce procédé, tout primitif qu'il nous paraisse, a encore été recommandé, et tout près de nous, par un médecin américain, Mac-Ruer, en 1882, et par Kurtz de Florence, en 1890.

Ajoutons, pour la justification du grand homme, sinon pour celle de ses successeurs, qu'à côté du procédé de l'éponge, il a recommandé un procédé de la ligature que nous retrouverons plus loin.

Galien préconisait des insufflations d'alun dans le but de dessécher les productions végétantes.

1. Voir pour l'histoire la thèse d'agrégation de Gerdy, 1833.

C'est encore une résurrection de ce procédé antique que tenta Bryant, en 1867, en recommandant des pulvérisations de tannin, ou des lavages avec des solutions de ce corps.

Avec Celse, sous Auguste, nous entrons dans une période plus active au point de vue qui nous occupe ; ce médecin prônait l'ablation avec un instrument spécial qu'il appelait *spatha*.

Celse n'aurait-il pas été le précurseur de Morand, 1772, de Sabatier, neveu de ce dernier, et de Gross, de New-York qui ont recommandé le procédé dit du doigt chirurgical ?

Paul d'Egine, au VII<sup>e</sup> siècle de notre ère, encore plus moderne, recommandait déjà la cautérisation au fer rouge. Il ne lui manquait que l'anse galvanique pour être à hauteur du dix-neuvième siècle.

Encore faut-il remarquer que la Revue de Laryngologie publiait en février 1893 un article du Docteur Jacquemart qui se fait fort de guérir les polypes les plus récidivants (il cite un cas de guérison chez un Fort de la Halle qui avait encore 61 polypes (!) quoique ayant été déjà opéré très souvent), à l'aide du thermo-cautère. Il est vrai que l'emploi du Pasquelin constitue déjà un pas en avant fait sur le siècle de Paul d'Egine.

Guy de Chauliac, en 1538, patronnait l'arrachement à la pince et Guillaume de Salicet, en 1546, émettait, le premier, le principe de l'ablation par striction d'un nœud.

On voit que la chirurgie moderne ne date pas d'aujourd'hui ; il est vrai que depuis ces opérateurs, leurs procédés ont été singulièrement délaissés par quelques auteurs

qui ont préféré employer des méthodes plus anodines.

Un médecin de Bruxelles, Dumont fils, aurait guéri au siècle dernier des polypes en coulant dans la narine affectée du suif fondu, et Jubokins de Roose, médecin à Lebbeke (Belgique) qui cite cette observation étonnante, rapporte dans le Journal de médecine, chirurgie, et pharmacie, publié par Roux en 1767, p. 536, qu'il a guéri lui-même un polype contre lequel tous les traitements avaient échoué, en introduisant dans la narine des tentes imbibées de suif fondu.

En 1807, le docteur Lamauve proposait le traitement des polypes par la compression à l'aide d'un tampon serré. J'ai eu l'occasion de dire que ce procédé avait été ressuscité en ma faveur (1) en l'an 1877.

En 1821, Prismus, de Babenhausen, recommandait des badigeonnages avec de la teinture d'opium.

En 1833 (2), le docteur C. D. faisant la différence de la rhinite hypertrophique simple et de la rhinite polypeuse, traitait celle-ci par l'excision, et la première par la compression, comme Lamauve. Pour passer en revue les procédés plus récents, nous les diviserons en groupes dans lesquels nous rapprocherons les méthodes de même nature.

Disons tout d'abord que Sourdrille préconise les bains sulfureux pour modifier la constitution arthritique et l'hydrothérapie, l'exercice, les distractions, le bromure

1. In *Bulletin général de thérapeutique* publié par Miquel, 1833.

2. Art. polypes de Heurtaux, in *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*.

de potassium pour modifier l'état nerveux des gens atteints de rhinite, quel qu'en soit le degré.

La classe des astringents comprend non-seulement les badigeonnages à l'alun de Galien, au sous-acétate de plomb de Levret (1771), la teinture d'opium de Prismus le tanin de Bryant ; mais encore les injections au perchlorure de fer (Reeder de l'Illinois 1859), au bichromate de potasse (Frédéricq 1862), au chlorure de zinc (Erichsen) ;

Ce médicament, qui n'est pas sans inconvénients pour l'olfaction (1) a été repris par Ragonneau en 1892 (2) contre le coryza hypertrophique, mais en attouchements seulement. Au nitrate d'argent (Nélaton 1874) ; ce médicament a été repris par l'Ecole de Vienne dans un autre but ; nous le retrouverons plus loin.

La classe des procédés sanglants comprend l'arrachement, l'excision, le curetage et la résection des cornets

*Arrachement.* — Prôné d'abord par Guy de Chauliac, et depuis par Erichsen, Gant, Bryant, Fergusson, Gross, Hueter, Lücke, S. Duplay, Zuckerkandl, et tant d'autres, ce procédé qui, aveugle autrefois, est devenu plus chirurgical depuis les perfectionnements qui lui ont été apportés par M. le professeur Duplay, n'en est pas moins qualifié de barbare par M. Gouguenheim ; celui-ci a fait publier des cas d'hémorragies graves, de fractures de l'ethmoïde, etc. (3). L'arrachement a été l'objet des critiques de Laurent de Hol qui a signalé en 1890 des névrites de la cinquième paire consécutives, de Hering qui

1. Luys Suné, *Annales des maladies de l'oreille*, 1893.

2. Ragonneau, *Revue de Laryngologie*, 1892.

3. Lemariéy, th. Paris, 1877.

signale la nécrose des cornets ; Ziem rapporte un cas d'anosmie absolue ; Schœffer, des otites moyennes ; Ziem, des hémorrhagies abondantes, Schmaltz, l'œdème du palais et des névralgies faciales ; Lublinski, une méningite, et Huepper un avortement, tous accidents qui, mis sur le compte de l'arrachement, ont jeté sur ce procédé une singulière défaveur.

Lorsqu'il y a lieu aujourd'hui de faire l'ablation de polypes ou d'une muqueuse hypertrophiée considérablement à la partie postérieure d'un cornet, (hypertrophie de la queue du cornet inférieur), on a généralement recours à l'excision.

*Excision.* — Cette méthode peut comprendre : 1° Le procédé de la *ligature* du pédicule, dont on trouve la trace dans Hippocrate et qui a été employé par Glandorp (1628) Heister, Gorter, Levret, Legouest et Letenneur (de Nantes), (1), qui a remplacé le fil par une pince spéciale ; 2° l'excision par des *pincés tranchantes*, dont le premier père semble avoir été Fabrice d'Acquapendente (1537-1619), à qui toutefois M. Poinsoat attribue la paternité de la méthode de l'arrachement ; 3° l'excision à *l'anse froide*, comme avec le polypotome de Wilde (1853)\* (2), où le serre-nœud coudé de M. Ruault, semble être une méthode plus récente imaginée par Blake ; elle a été employée avec succès par Hilton, Durham, le Pr. Terrier, et est actuellement à peu près exclusivement employée.

*Curetage.* — Ce procédé est surtout utilisé seul contre la rhinite hypertrophique simple, quand il existe en même

1. Letenneur, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860.

2. Imaginé pour les polypes de l'oreille.

temps des polypes, on procède d'abord à l'excision, puis on curette, afin de détruire entièrement toutes les parties bourgeonnantes impossibles à saisir dans l'anse du serre-nœud.

C'est ainsi que MM. Martin et Lubet Barbon utilisèrent le curetage avec succès (1).

Avant de terminer ce paragraphe, nous devons ajouter que si l'on n'est pas allé, pour enlever des polypes muqueux, jusqu'à faire la section du voile du palais comme Manne d'Avignon, en 1747, ou la résection temporaire du maxillaire supérieur, comme l'ont faite pour des polypes fibreux, Hugier le premier, puis Jules Roux, de Toulon, Milligan n'en a pas moins proposé d'arracher les cornets inférieur et moyen pour se donner du jour ; John Mackenzie, de Baltimore, de son côté, enlevait à la pince et à la gouge tranchante tout ce qui le gênait (2).

Il est vrai que nous verrons au paragraphe suivant, d'autres chirurgiens employer les mêmes procédés pour des cas qui sembleraient encore moins les comporter ; aussi se rappelle-t-on malgré soi, en étudiant cette thérapeutique énergique, les paroles de M. Lermoyez : « Au nom du progrès, on tenaille, on coupe, on brûle méats, « cornets, cloison, et dans cet immense auto-da-fé, la « muqueuse saine ne trouve même pas grâce devant les « opérateurs qui y portent le feu pour en modifier la structure. » (3)

1. Beaumont. Polypes muqueux ; thèse, Paris 1895.

2. Hering. *Annales des maladies de l'oreille*, février 1886.

3. Lermoyez. *Annales des maladies de l'oreille*, 1885.

§ 2.

*Traitement de la rhinite hypertrophique vaso-motrice et de ses symptômes locaux, hydrorrhée, sténose nasale.*

Tous les traitements, ou à peu près, qui ont été recommandés contre les polypes, ont été préconisés aussi contre la rhinite hypertrophique, un certain nombre ont été préconisés en outre spécialement contre la rhinite.

Nous répartirons, pour l'étude, ces méthodes de traitements en :

1° Médications diverses ;

2° Topiques divers. difficiles à cataloguer sous une rubrique unique ;

3° Astringents et caustiques chimiques ;

4° Révulsifs à distance ;

5° Procédés mécaniques ;

6° Procédés de grande chirurgie.

7° Cautérisations au thermo-cautère.

8° Cautérisations à l'aide de la galvano-caustie.

9° Electrolyse.

10° Excision et curetage.

11° Emploi des vaso-constricteurs

|  |   |            |
|--|---|------------|
|  | } | antypirine |
|  |   | cocaïne    |

12° Emploi du nosophène.

1 *Médications diverses.* — Béan (1) cite un cas d'hydrorrhée nasale ayant résisté à la cocaïne et à la bella-

1. Hydrorrhée nasale. Archives de Laryng 1893, p. 52 et New-York méd. journal 10 décembre 1892.

done, qui guérit par l'ingestion de bromure de potassium, et un autre qui guérit par un simple changement de climat. Nous avons déjà vu ces pratiques recommandées par Sourdrille, mais comme simples modificateurs généraux.

Bosworth (1) a traité avec succès un cas d'hydrorrhée chez un médecin de 40 ans par l'administration de quinine ; il a remarqué en même temps que la cessation du médicament faisait reparaitre les crises hydrorrhéiques et réciproquement.

Je termine l'énumération sommaire de ces traitements hygiéniques, si je puis m'exprimer ainsi, en rappelant que Fliess de Berlin (2), qui est l'ennemi de tout traitement chirurgical de la rhinite, et qui n'accepte que le traitement local, surtout par la cocaïne, recommande particulièrement aux gens atteints de rhinite hypertrophique d'éviter tout abus sexuel qui provoquerait immédiatement une turgidité réflexe de leur pituitaire.

Bischof (3) recommande contre les catarrhes un topique constitué par :

Camphre 12.5

Menthol 12.5

Lanoline 75.

Bean, de New-York (4), cite un cas d'hydrorrhée nasale

1. In Lichwitz. Archives cliniques de Bordeaux 1892.

2. Fliess. Archives de Laryngologie 1893.

3. Bischof. Hypertrophie du nez avec hydrorrhée. Revue de Laryng. 1892.

4. Bean, Hydrorrhée nasale. Archives de Laryngologie, 1893, p. 52, et New-York méd. journal 10 décembre 1892.

guérie par des prises composées de strychnine, belladone et camphre.

Keiper relate un cas d'hydrorrhée et de rhinite hypertrophiques, où les cautérisations et la cocaïne avaient été impuissantes, qui fut guéri par des pulvérisations de sulfate d'atropine à 1/300.

Gentilhomme de Reims (1) avait déjà préconisé ce médicament en Ragonneau (2), dans un cas de rhinite hypertrophique avec anosmie, traita la rhinite par les procédés ordinaires, et utilisa contre l'anosmie des attouchements au chlorure de zinc (3) deux fois par semaine et une poudre à priser, composée selon les deux formules suivantes, qu'on faisait alterner par semaine :

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| 1) Acétanilide                  | 5     |
| Iodol                           | 5     |
| Oxychlorure de Bismuth          | 15    |
| 2) Sulfate neutre de strychnine | 0,08  |
| Tabac pulvérisé                 | } à 6 |
| Oxyde de bismuth                |       |

à priser 3 fois par jour.

Jose Anfruns (4) prône les pulvérisations de benzoate de soude en solution (au moins contre le coryza aigu) ; Maurel de Toulouse (5) propose de se servir d'iodoforme,

1. in Garrigou. Desarènes et Mercié. Gazett. méd. chirurgicale de Toulouse, 20 septembre 1884.

2. Rhinite hypert. avec anosmie. Revue de Laryng. 1892.

3. Le chlorure de zinc a précisément été signalé comme particulièrement dangereux pour le sens de l'olfaction par Luys Suné (Ann. des maladies de l'oreille 1893).

4. Jose Anfruns. Annales des maladies de l'oreille 1893.

5. Maurel. Ann. des maladies de l'oreille.

mais M. Batut a fait remarquer que Vaurin, médecin militaire, avait déjà proposé ce médicament et que ses essais avaient échoué.

Lecointre (1) rapporte que M. Gouguenheim utilise les irrigations ; et, en effet, ce spécialiste nous a déclaré l'année dernière être partisan convaincu de cette méthode, qui a, selon lui, l'avantage de faire au moins la toilette des fosses nasales encombrées de mucosités plus ou moins infectées de microbes divers, contre lesquels les propriétés bactéricides reconnues au mucus des fosses nasales par MM. Lermoyez et Wurtz (2) doivent être de peu de secours, modifié qu'est ce mucus par l'état d'irritation chronique dans lequel se trouvent depuis longtemps les fosses nasales. Il croit que les injections faites avec certaines précautions n'ont pas les inconvénients que Roosa de New-York, l'école de Vienne ensuite, leur ont reprochés.

Je dois faire remarquer à ce propos, que c'est moins contre les irrigations elles-mêmes que contre la façon dont on les donne généralement, qu'ont protesté les professeurs de Vienne, et la preuve en est que Pins a imaginé un dispositif grâce auquel le malade fait passer la solution dans ses fosses nasales en soufflant lui-même dans le flacon ; le voile du palais relevé recouvre alors l'ouverture des trompes, de sorte que le liquide ne peut y pénétrer ; quand le malade cesse de souffler, le voile du palais

1. Lecointre, thèse Paris, 1895.

2. Lermoyez et Wurtz. *Annales des maladies de l'oreille*, août 1893.

s'abaisse, mais aussitôt la solution cesse d'être projetée, d'où impossibilité d'invasion du liquide dans l'oreille moyenne.

Urbantschich, Størck et Politzer se servent pour porter les médicaments sur la muqueuse malade de pulvérisateurs (1).

M. Gouguenheim se sert en outre de vaseline boriquée (2).

Lichtwitz recommande contre le coryza chronique la créoline comme antiseptique et modificateur des sécrétions ;

Hughes l'aristol, et Bosworth, comme Størck des irrigations alcalines pour liquéfier les sécrétions. Le type de ces solutions est la suivante (3).

|                      |     |                                             |
|----------------------|-----|---------------------------------------------|
| Acide salicylique    | 5   | } deux cuillerées<br>à café par li-<br>tre. |
| Chlorure de sodium   | 50  |                                             |
| Bicarbonate de soude | 100 |                                             |

M. Lermoyez (4) affirme que ces solutions suffisent à elles seules, pour guérir les formes simples.

Morell-Mackenzie (5) emploie pour arrêter les éternuements prolongés au début des crises d'hydropnée, des inhalations d'ammoniaque ou d'éther acétique.

3. Les astringents employés ont été, nous l'avons vu à propos du traitement des polypes :

L'alun, indiqué déjà par Galien et auquel Størck rapproche d'irriter la pituitaire ;

1. Lermoyez, mercredi médical du 27 juin 1894.

2. Lecointre, *loc. cit.*

3. Formule de Størck.

4. Lermoyez, mercredi médical du 27 juin 1894.

5. Traduit par Maure, 1887.

Le tanin proposé par Bryant ;

L'acéto-tartrate d'alumine ;

Le sulfate de zinc à 2 0/00 (Poltzer) (mais il faut éviter cet agent chez les enfants qui avalent, parce qu'il est vomitif).

*Les solutions à base iodée :*

La teinture d'iode diluée,

La solution de Lugol caustique (Dauvergne, 1872),

La glycérine iodée employée à Vienne :

|          |      |
|----------|------|
| iode pur | 0,20 |
|----------|------|

|                     |     |
|---------------------|-----|
| iodure de potassium | 2 » |
|---------------------|-----|

|           |      |
|-----------|------|
| glycérine | 20 » |
|-----------|------|

menthol q. s. pour aromatiser.

Le chlorure de zinc en attouchements (Ragonneau) ; médicament que Luys Suné trouve particulièrement dangereux au point de vue de l'olfaction, comme nous l'avons dit dans une note précédente.

L'acide trichloracétique (Noquet).

Le perchlorure de fer (Reeder).

Le nitrate d'argent, que l'Ecole de Vienne place au premier rang comme modificateur de la muqueuse et qui est employé à 1 0/0 par Urbantschich, à 3 0/0 par Stœrck, et à 1/10 par Poltzer (cette forte proportion du sel rend son emploi douloureux) ; ces médecins pulvérisent de 1 à 10 gouttes dans chaque narine tous les deux ou trois jours.

L'acide acétique cristallisé (Bosworth, Sajous).

Enfin l'acide chromique que recommanda Donaldson de Baltimore 1883 et Hering de Varsovie.

Celui-ci reconnaît à l'acide chromique ce grand avan-

tage d'être indolore ; il fait fondre à la flamme quelques cristaux d'acide chromique au bout d'un stylet cannelé qu'il passe ensuite sur la muqueuse à modifier, puis il fait aussitôt après un lavage avec de l'eau salée.

Ce médicament a été employé par Seifert de Wurzburg jusqu'à la découverte du Nosophène sur lequel nous insisterons à la fin de ce chapitre.

4. *Révulsifs*. — Ils n'ont été, à ma connaissance, utilisés qu'une fois, et dans un cas curieux.

Le docteur Ménudier, de Saintes (1), raconte qu'il fut appelé un jour auprès d'une dame sujette à des crises d'hydroporrhée qu'il appelle du coryza intermittent rebelle.

Cette dame venant d'être prise d'un accès au moment où elle partait pour aller à une noce à laquelle elle tenait absolument à assister : « Faites tout ce que vous voudrez, dit-elle à son médecin, mais que je puisse partir dans une heure ! » Le docteur Ménudier appliqua un immense cataplasme de farine de moutarde dans le dos ; au bout de quelques minutes, la crise était enrayée.

C'est peut-être de la même façon, sinon par révulsion, au moins par dérivation, qu'agirent les purgatifs que donna Carlo Secchi, de Bologne (2), et qui guérèrent une rhinite hypertrophique, accompagnée de troubles intestinaux.

5. Les procédés mécaniques ont été employés sous différentes formes :

La *compression* (Lamauve et C. D.) (3) peut agir, non en

1. Ménudier. *Union médicale*, 1852.

2. Carlo-Secchi, Congrès de Bruxelles, 13 septembre 1888.

3. C. D. *Bulletin général de thérap.* 1833.

gênant la nutrition des végétations polypeuses, mais en modifiant la nutrition de la muqueuse elle-même sur laquelle ces excroissances ont pris naissance.

C'est peut-être encore par ce mécanisme qu'agissait, si tant est qu'il eût agi, le suif fondu de Dumont fils et les tentes imbibées de suif de Judokius de Roose (1).

Le passage de bougies dans les fosses nasales, qu'a employées Morell-Mackenzie (2) pour modifier la muqueuse, tout en reconnaissant que ce procédé a l'inconvénient de l'irriter consécutivement.

Bouffé, de Paris (3), a proposé de même le passage de bougies dilatatrices quand les fosses nasales sont sténosées. Ces bougies produisent à la fois la dilatation forcée et le massage de la muqueuse altérée.

Le tubage enfin, préconisé par Goodwillie (4), qui se sert d'abord de tubes en caoutchouc, puis en métal, de dimensions progressives, n'est encore que le même procédé sous un nom différent.

Le massage vibratoire inventé par Arvid Kellgren, médecin suédois, est une méthode que Braun a fait sienne depuis ses travaux de 1888, tant il l'a défendue avec énergie et ténacité. Il a été suivi par Garnault (5) qui a utilisé le massage vibratoire contre l'asthme nasal, par Demme, Chiari, Laker et Blondiau contre la rhinite hypertrophique.

1. Journal de méd. de Roux, 1767.

2. Morell. Mackenzie. Traduction Moure, 1887.

3. Bouffé. *Sem. méd.* 1893, p. 244.

4. Goowillie, *New-York médical journal*, 4 février 1888.

5. Garnault. *Sem. med.*, septembre 1892.

Jusqu'à présent, la virtuosité de main sans laquelle ne va pas la méthode — au dire de ses partisans, — a empêché qu'elle se généralise.

6. Les procédés de grande chirurgie, ont été employés quand la rhinite hypertrophique était compliquée de sténose non plus seulement des parties molles, mais des cornets eux-mêmes.

Ce n'est donc qu'incidemment que nous parlons de ce sujet sur lequel nous serons très brefs, mais que nous n'avons pas cru devoir passer sous silence, tant est fréquente l'hypertrophie des cornets inférieurs osseux dans les affections nasales, et dans la rhinite hypertrophique en particulier ; ce qui, soit dit en passant, semble prouver qu'il y a dans ces affections un trouble de nutrition remontant très loin, sinon jusqu'à la naissance de l'individu (1).

Dünn, de Chicago (2), enlève à la scie une portion des cornets dont le développement exagéré produit la sténose ;

Milligan (3) arrache les cornets qui le gênent dans ses opérations ;

Hering (4) a enlevé (il n'indique pas par quel procédé) les cornets moyens pour un cas de hay-fever, de même que Mackenzie, de Baltimore.

Astier (5) et Mendel (6) proposent de rétablir la per-

1. Je ferai remarquer à ce propos, sans insister d'ailleurs autrement, que mon père était atteint de coryza chronique.

2. Dünn. *Archives de laryngologie*, février 1893.

3. Beaumont, thèse Paris 1895.

4. Hering. *Annales des maladies de l'oreille*, février 1886.

5. Astrier. *Revue de laryngologie*, 1892.

6. Mendel. *Ann. de médecine*, avril 1895,

méabilité des fosses nasales sténosées en perforant le cornet hypertrophié à l'aide d'une fraise montée sur un tour de dentiste ; enfin Terrillon (1) est d'avis de faire la résection des cornets quand ceux-ci sont gros, afin d'éviter les accidents de sténose.

Si on veut bien se rappeler que, pour ce qui me concerne, je suis atteint de rhinite double, mais que je ne suis incommodé, et cela fort sérieusement, que par ma fosse nasale gauche, dont le cornet inférieur hypertrophié rejoint, sous l'action de la moindre congestion, la cloison déviée du même côté, on comprendra que j'aie demandé moi-même au docteur Chauvel, en 1880, pendant mon séjour au Val de Grâce, qu'il me fasse cette résection que Terrillon proposait, cinq ans après, comme méthode générale dans les cas semblables au mien ; et je crois bien encore aujourd'hui que M. Chauvel m'aurait rendu un signalé service s'il avait, à cette époque, consenti à céder à mes prières.

7. La cautérisation ignée de la muqueuse hypertrophiée a été peu employée, tant qu'on dut utiliser le cautère actuel, comme le faisait Paul d'Egine ; le thermo-cautère lui-même n'a pas eu une grande vogue malgré le patronage que lui accorda Jacquemart (2), à cause de la difficulté de son emploi dans la région qui nous occupe.

8. Les galvano-cantérisations ont eu plus de succès ; ce procédé, proposé pour la première fois par Middeldorpf, en 1854, a fait fortune ; Voltolini (3) lui a consacré un

1. Terrillon, *Progrès médical*, 16 mai 1885.

2. Jacquemart. *Revue de laryngologie*, février 1893.

3. Voltolini, *Traité de la Galvanocaustie*, 1871.

ouvrage en 1874 ; Thudicum, Michel, Zaufal, Hardie, Coupard, Hedinger, Löwenberg, Decourt (1) (chez les enfants), Calmettes (2), qui aurait réussi avec ce procédé, dans un cas où la cocaïne avait échoué ; Noquet (3), Beausoleil, de Bordeaux (4), qui a amélioré grâce aux galvano-cautérisations toutes les hydropneumothorax qu'il a rencontrés, moins une, etc., etc., ont employé largement cette méthode. Hack se servait de l'anse galvanique pour détruire complètement la muqueuse hypertrophiée ; Lublinski, lui, s'en sert pour modifier seulement la dite muqueuse.

Lequel a raison des deux ? Ni l'un ni l'autre peut-être ; car je crois que la modification désirée par Lublinski est toute idéale ; pour mon compte, je ne me suis guère aperçu de modifications dans mon état après les cautérisations qui m'ont été faites.

Quant à la destruction totale de la muqueuse par la galvano-cautérisation, je crois, comme Sourdrille, que Hack y arrivait difficilement, étant donnée l'étendue et les recoins de la muqueuse malade qu'il s'agit d'atteindre.

D'autre part, Hering, dès 1886, nous prévenait qu'il avait pu constater dans sa grande pratique que les galvano-cautérisations échouent souvent.

Lublinski lui-même, attire l'attention sur les dangers des galvano-cautérisations qu'ont signalés Hering, Ziem, Schœffer, Schmaltz, Huepper, Lublinski, etc., (5), et il

1. Decourt, thèse Bordeaux, 1894.

2. Calmettes. *Progrès médical* du 9 juillet 1887.

3. Noquet, *Bulletin médical du Nord*, 1883.

4. Beausoleil. *Annales de laryngologie*, février 1893.

5. Voir chapitre I.

termine le mémoire qu'il lut à la société de médecine de Berlin, en conseillant cependant les galvano-cautérisations, mais non sans prévenir que « la guérison radicale « est rare ».

Fontanille (1) va plus loin ; il recommande de ne s'adresser aux galvano-cautérisations que lorsque la cocaïne a échoué.

Hardie signale un cas que les galvano--cautérisations n'améliorèrent que pendant quelque temps (2) ; enfin, on se rappelle peut-être que nous avons cité une communication du docteur de Blois, de Boston, qui déclare avoir revu six malades galvano-cautérisés ; tous avaient récidivé au bout de deux ans.

Si la galvano cautérisation est aussi peu radicale dans le traitement de la rhinite hypertrophique, il n'est pas surprenant qu'on ait cherché d'autres méthodes thérapeutiques.

9. C'est ainsi que Garrigou-Désarènes (3) a adopté pour son compte l'électrolyse que Cinisielli, de Crémone (4) avait proposé le premier en 1864, comme procédé modificateur de la muqueuse hypertrophiée, et que Nélaton (1874) a employée avec d'autres comme caustique.

Les résultats obtenus par Garrigou-Désarènes et Lermoyez semblent encourageants, mais les communications ne sont pas encore assez nombreuses aujourd'hui pour qu'on puisse juger définitivement le procédé.

1. Fontanille, *loc. cit.*

2. Lichtwitz. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892.

3. Garrigou, Désarènes et Mercié. *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, 20 septembre 1884.

4. Cinisielli, *Bulletin général de thérapeutique*. Paris 1864.

Celui-ci a d'ailleurs l'inconvénient de réclamer de fréquentes visites au médecin, pendant un temps quelquefois assez long.

10. Enfin Péan (1) a fait l'excision de toute la muqueuse malade, Volkmann (1883) (2) a fait le curetage de cette muqueuse, et il a été imité depuis par Martin et Lubet-Barbon ; Ruault (3), dans un cas, en a fait l'ablation complète.

11. Nous arrivons à l'étude des méthodes de réduction de la muqueuse hypertrophiée par les médicaments vaso-constricteurs.

Hénocque a proposé en 1885 (4) d'utiliser dans ce but l'*antipyrine* ; je l'ai essayée sur moi-même, et je suis resté pendant deux jours, à la suite de cette application, sans pouvoir réussir à me déboucher le nez, tant le médicament est irritant. Qu'on l'emploie lorsqu'on n'a rien de mieux, pour arrêter une épistaxis rebelle, soit ; mais proposer d'employer pendant des mois l'*antipyrine*, je n'oserai jamais le faire après l'expérience que j'ai tentée.

L'ergotine en application locale est dénuée de tout effet utile dans la rhinite hypertrophique, mais en revanche, elle détermine une irritation aussi vive que l'*antipyrine*.

Reste la cocaïne. On a adressé à cet agent le même reproche que Fontanille adresse aux pulvérisations, mas-

1. In Moure, *loc. cit.*

2. Garnault, semaine médicale, janvier 1893.

3. France médicale n. 115, 1887.

4. Thèse d'Ardouin, Paris, 1885.

sages et irrigations, à savoir qu'elle ne serait qu'un palliatif ; palliatif, soit, mais palliatif qui donne des résultats appréciables et d'une certaine durée, car à côté de mon cas, j'ai pu relever dans la littérature médicale un certain nombre d'autres observations favorables. Je vais résumer le débat.

Sourdrille cite un cas d'asthme nasal amélioré par la cocaïne, mais non guéri ; toutefois, il faut remarquer que le traitement n'était point terminé au moment où il écrivit sa thèse ; il recommande d'ailleurs ce médicament dans les cas de rhinite vaso-motrice pure.

Creswelle Baber (1), Jellinek s'en sont utilement servis contre la rhinite hypertrophique ; Coupard et Fauvel (2), relatent des observations de migraine nasale guérie par la cocaïne, administrée sous forme de poudre à priser trois fois par jour :

|                          |      |
|--------------------------|------|
| Bismuth,                 | 4    |
| Acide borique,           | 3    |
| Poudre d'Eucalyptus,     | 2    |
| Chlorhydrate de cocaïne, | 0,50 |

Carl Sajous (3) et Bosworth (4) signalaient, en 1884, l'aplatissement de la muqueuse qu'on peut obtenir avec la cocaïne dans la rhinite hypertrophique, et Fontanille (5), qui l'avait vu employer à Bordeaux, s'écrie : « Les badigeonnages de cocaïne ont des effets merveilleux. »

1. Thèse Sourdrille.

2. Thèse Renous, déjà citée.

3. Carl Sajous. from the médical News, 20 décembre 1884.

4. Bosworth. New-York médical record, 15 novembre 1884.

5. Fontanille. Thèse Bordeaux, 1885.

Il cite trois cas (obs. III, VI, X) guéris par la cocaïne ; mais, ajoute-t-il, « pour que l'action vaso-constrictive se « puisse produire, il paraît indispensable que l'hyper-  
« trophie soit encore en voie de développement, qu'elle  
« ne soit pas encore définitivement constituée ; car si  
« on se trouve en présence d'une lésion ancienne, on  
« aura beau pratiquer des badigeonnages répétés, on  
« n'aura jamais qu'une réduction momentanée. »

Decourt professe la même opinion (1) ; mon observation semble démentir cette affirmation, puisqu'après 35 ans de rhinite hypertrophique, j'obtiens encore de la cocaïne l'effet anémiant que l'on recherche quand on emploie cet agent, et que cet effet a, en somme, persisté, au moins en partie, après la cessation de son emploi.

Boswarh s'est servi encore et avec succès de la cocaïne contre l'hydrorrhée nasale (2), quoique le fait puisse paraître singulier, M. Castex ayant signalé une hydrorrhée provoquée par la cocaïne elle-même (3) ; la cocaïne provoque bien un suintement de la muqueuse, j'ignore d'ailleurs par quel mécanisme, et il est non moins certain qu'elle dissipe l'obstruction résultant de la congestion des fosses nasales inévitable pendant les crises d'hydrorrhée ; mais l'écoulement séreux lui-même est incontestablement moins rapidement influencé ; il ne durait guère qu'une demi-heure à une heure chez moi quand je me servais de cocaïne, alors qu'il durait généralement

1. Thèse Bordeaux 1894.

2. Lichtwitz. Archives cliniques de Bordeaux, 1892.

3. Société de laryngologie, mai 1893.

deux, trois et quatre heures antérieurement ; c'est là tout ce que j'ai remarqué.

Fliess, de Berlin (1), dit que la cocaïne fait disparaître tous les réflexes partant des fosses nasales, mais surtout des cornets hypertrophiés ; seulement, elle n'agirait sur eux que momentanément ; ce serait enfin surtout chez les neurasthéniques que son action serait manifeste.

Morra (2) relate un cas d'asthme nasal avec hydroporrhée guéri en deux séances par des badigeonnages de cocaïne et des irrigations alcalines ; Rice, de New-York, pense que l'emploi de la cocaïne permet d'éviter bien des opérations, et Priestley Smith, de Birmingham (3), démentait encore en 1893, à la Société d'ophtalmologie de Londres, Power qui affirmait que la cocaïne longtemps donnée peut provoquer des accidents.

On voit que la cocaïne compte de chauds partisans ; cependant je n'oserais pas, pour moi, aller aussi loin que Priestley Smith.

Voyons maintenant les reproches qu'on a adressés à la cocaïne.

Je ne fais pas la discussion des cas de mort attribués à la cocaïne, dont le nombre a été tant exagéré, cette discussion ayant été faite par le Dr Auber (4).

Terrillon (5) croit la cocaïne irritante pour les fosses nasales, probablement à cause de l'hydroporrhée consécu-

1. Fliess, archives de laryngologie, 1893.

2. Morra. Congrès de laryngologie italien. Rome, octobre 1892.

3. Séance du 9 novembre 1893.

4. Auber, thèse Paris, 1892.

5. In thèse Fontamille.

tive à son emploi que Castex a signalée; Gouguenheim (1) conseille de s'en défier à cause d'accidents possibles du côté de la gorge, sans que Lecointre précise exactement quels ils sont.

Bassompierre (2), en 1886, et depuis, Poinso, reprochent à la cocaïne de causer du retard dans la cicatrisation des plaies; c'est une observation dont j'ai pu constater la réalité chez les nombreux opérés de M. Reclus (la surveillante du service de ce chirurgien l'avait remarqué aussi); peut être faut-il signaler encore la continuation un peu prolongée de la douleur post-opératoire.

Delbosc (3) signale la tachycardie, l'angoisse précordiale, une augmentation de fréquence de la respiration qui devient superficielle, de l'excès de pression artérielle, qui serait dû aux battements du cœur devenus précipités, mais faibles; il recommande le nitrite d'amyle pour faire cesser ces accidents.

Arschong (4) et Lennox Brown trouvent la cocaïne dangereuse à prendre par le nez parce qu'elle peut gagner les yeux par le canal nasal.

Luff (5) rapporte les cas de cocaïnisme chronique consistant en alosexie, dyspepsie, constipation chronique, palpitations, dont j'ai déjà parlé.

Holbrook Curtis craint que la muqueuse nasale ne su-

1. In thèse Lecointre.

2. Archives de médecine militaire, 1886.

3. Thèse Paris, 1889.

4. In Seifert. Revue de larygol. 1892; et Ricke, thèse de Wurzburg, 1889.

5. Seifert, *loc cit.*

bisse par réaction une vaso-dilatation durable après une vaso-constriction momentanée, d'où sténose nasale (?).

Nous avons déjà vu qu'Erlenmeyer et Déjerine ont signalé dans les cas chroniques, comme Delbosc dans les cas aigus, de la tachycardie.

Vulpian et Laborde ont observé des irrégularités et des intermittences cardiaques, de l'asphyxie tenant à une perte de la conductibilité centripète des nerfs sensitifs.

Lœvenberg a signalé de l'insomnie, de l'agitation, des hallucinations, de la gastralgie, des palpitations, de l'arrexie, de la sécheresse de la gorge, de l'amaigrissement, du nervosisme.

Joire (1) accuse la cocaïne mise en solution sur le mamelon d'une nourrice de faire passer le lait (?).

Castex l'accuse d'avoir provoqué sur un erythème facial érysipélateux ;

Le professeur Richet et le docteur Langlois (2) ont signalé de la dilatation pupillaire, de l'hyperthermie, des attaques convulsives.

Enfin, l'insomnie a été souvent remarquée (Luff), Compain (3), Manquat, Lœvenberg, Hallopeau).

La dyspnée (Manquat, Delbosc, Vulpian et Moreno), un amaigrissement rapide (Compain, Duchesne (4), Manquat Lœvenberg).

De l'arrexie (Guye, Luff).

De la dyspepsie (Luff).

1. Progrès médical avril 1894.

2. Comptes rendus, académie des sciences, 5 mai 1888.

3. Thèse Paris, 1885.

4. Thèse Paris, 1887.

Une constipation chronique (Luff).

Des sueurs profuses (Manquat).

Des secousses convulsives (Magitot), et des troubles psychiques (Magnan, Ball, Seglas, Heimann, Lœvenberg) tous ces accidents ont été plus ou moins souvent observés.

En résumé, nous dirons qu'il faut se tenir à égale distance de l'opinion de ceux qui ne voient que des avantages dans l'emploi de la cocaïne et de ceux qui n'y voient que des inconvénients.

La cocaïne est un agent utile contre les états congestifs des fosses nasales, mais il faut en user avec discrétion si l'on ne veut avoir des ennuis à la longue.

*Nosophène*.— Il nous reste à parler d'un dernier médicament qui n'a guère fait parler de lui encore en France, où il était si peu connu il n'y a guère qu'un an, que j'ai dû, pour m'en procurer, écrire en Allemagne; je veux parler du *Nosophène*. Ce corps, dont la dénomination chimique est *tétra-iodo phenol-phtaléine*, et la formule :



a été découvert par MM. le Professeur Classen, et le Docteur W. Löb, d'Aix-la-Chapelle; c'est une poudre blanc jaunâtre, d'odeur un peu nauséuse, (quoique ces inventeurs la déclarent inodore).

Elle est insoluble dans l'eau, un peu soluble dans le chloroforme et l'éther, et soluble dans les solutions sodiques; ce corps très-riche en iode, ne se dédoublerait pas dans l'organisme.

Binz et Züntz purent en faire ingérer 12 grammes en 3 jours à un chien de 7 kilos, sans inconvénient, et tout le médicament a été retrouvé dans les fèces.

Il est dénué de toute toxicité pour l'homme, et jouirait cependant de propriétés antiseptiques plus puissantes que le lysol, la créoline, l'aristol (Züntz et W. Franck). Le nosophène arrêterait toutes les fermentations putrides et le développement des microbes.

En raison de son pouvoir bactéricide,  
de ses propriétés siccatives,  
de ses propriétés cicatrisantes,  
de sa qualité de ne pas être irritant,

le nosophène a été employé par le docteur Franck sous forme de gaze nosophénée pour remplacer de la gaze iodoformée dans un cas où le sujet avait présenté des accidents d'intoxication iodoformique ; et le succès fut, paraît-il, complet.

M. le docteur Seifert, privat docent derhinologie à Vurzburg, l'utilisa en pansements externes et en inflammations nasales à partir de juin 1894 ; il s'en servit en pansement après les cautérisations des cornets avec l'acide chromique, et après des extirpations de polypes ; dans des cas d'hydorrhée, il constata que, de même que l'iodol est un hypersécréteur, le nosophène est, au même titre que l'aristol et l'europhène, un siccatif puissant, de telle sorte qu'après 2 ou 3 jours, pendant lesquels on fit 3 insufflations par jour, les symptômes de turgescence avaient beaucoup diminué ; de même, dans des cas de coryza chronique (1), la sécrétion fut avantageusement modifiée.

1. Seifert. Wiener Klinische Wochenschrift n. 12, 1895.

Je n'ai guère d'expérience de ce médicament nouveau que M. le docteur Tessier, chef de clinique à la Charité, a bien voulu se charger d'étudier au point de vue des propriétés antiseptiques, mais dont les recherches n'ont pas encore abouti.

Je l'ai employé quelquefois en dehors de mes crises d'hydrorrhée, et alors, il m'a semblé qu'en effet, le nosophène avait des propriétés siccatives, car j'avais bientôt le nez obstrué de mucus épais, concrété; pendant les crises d'hydrorrhée, il ne m'a pas semblé que le flux séreux de ma muqueuse fût enrayé.

Toutefois, je le répète, je n'ai pas une expérience suffisante du nosophène pour me prononcer sur sa valeur; les rhinologistes auraient peut-être avantage à essayer ce médicament sur un champ d'expérience plus vaste que celui dont je disposais; alors seulement, nous serions fixés sur les services que nous pourrions en attendre.

## CONCLUSION.

La rhinite hypertrophique est une affection sérieuse et qui, non seulement ne doit pas être négligée, mais encore doit être recherchée, parce que l'on pourra éviter à l'enfant des déformations thoraciques, au jeune homme, des accès d'asthme dont il se débarrassera d'autant plus difficilement dans la suite qu'il ne tardera pas à devenir emphysémateux, et à l'homme fait, toute une longue série d'ennuis moraux et matériels, dont le moindre ne sera pas l'obligation dans laquelle il se trouvera peut-être un jour d'abandonner la carrière de son choix.

Malheureusement, peu de traitements parmi ceux si nombreux qui ont été imaginés depuis Hippocrate, ont résisté à l'expérience, et nous pensons que la liste des médicaments et celle des méthodes thérapeutiques dont les propriétés merveilleuses n'auront jamais pu être constatées que par leurs auteurs, ne sont pas près d'être closes.

Jusqu'à présent, deux méthodes seulement semblent avoir donné des résultats appréciables : la destruction de la muqueuse nasale, en bloc par un curetage énergique ou moléculaire à l'aide de l'électrolyse d'une part, et, dans un genre plus doux, l'utilisation des propriétés vaso-constrictives de la cocaïne, d'autre part.

Beaucoup traiteront cette dernière méthode de traite-

ment palliatif, et dédaigneront de l'employer ; qu'il nous soit permis de le regretter, car c'est déjà beaucoup que soulager des gens que leur affection nasale fera fatalement verser dans la neurasthénie, perspective qui n'est pas faite pour réjouir. si l'on réfléchit que les inconvénients de cet état psychique fâcheux ne se substitueront nullement à ceux de la rhinite et de ses conséquences, mais ne feront que s'y superposer.

Nous souhaitons bien vivement pour tous les malades dont les fosses nasales sont en mauvais état, et pour nous-même en particulier, que l'un des médecins qui dédaigneront la cocaïne ou qui craindront de s'en servir, même avec prudence, de peur d'inconvénients cependant moins graves que ceux résultant de la maladie elle-même ; nous souhaitons, dis-je, que l'un de ceux-là ait la bonne fortune de découvrir un mode de traitement héroïque, radical de l'affection qui nous a occupé, et que ce procédé thérapeutique si précieux puisse être dénué de tout inconvénient, nous le souhaitons, mais sans grand espoir de voir un jour notre souhait se réaliser, car ce jour-là, il cesserait d'être toujours vrai, le mot quelque peu décourageant de Salomon dans l'Ecclésiaste *Nil novi sub sole*.

VU :

*Le Président de la thèse,*

PINARD.

VU :

*Le Doyen,*

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

- COLLET. Thèse, Lyon, 1886.
- FABRE. Thèse, Montpellier, 1885.
- PEISSON. Thèse, Paris, 1883.
- BARATOUX. Bull. et Mém. de la Soc. française d'otol. et Laryng. 1883, 1884, I, p. 76-85.
- BLAKE. Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc. 1888, XIV, p. 189-196.
- CALMETTES. (Opérations) Gaz méd. de Paris, 1887, 7<sup>e</sup> série, IV, p. 267.
- CHATELLIER. (Hypertrophie de la muq. nas.). Annales des maladies de l'oreille et du larynx. 1886, XII, p. 344-347.
- COLIN. Bulletin de la Société anat. de Paris. 1849, XXIV, p. 287-292.
- LAVRAUD. Journ. de la Soc. méd. de Lille, 1887, IX, p. 337-344.
- LÉVY. Revue médicale de l'Est, Nancy, 1887, XIX, p. 12-18.
- LOEWEMBERG. Congrès de Londres, 1881, III, p. 283-290. Journal de thérap., Paris, 1881, VIII, p. 845-933. Progrès méd. de Paris, 1886, 2<sup>e</sup> série, III, p. 435-453.
- LUSCHKA. Journal de l'anat. et physiol., 1869, VI, p. 225-234.
- MERMOD. Revue méd. de Suisse, Romande, Genève, 1885, V, p. 265-274.
- NOQUET. Bull. méd. du Nord, Lille, 1886, XXV, p. 474-483, 1887, XXVI, p. 98-111.
- TEDENAT. Montpellier, médical, 1884, 2<sup>e</sup> série, II, p. 137-154.
- LANGE. Op. des tum. adén. Congr. périod. internat. de la Société médic. Amsterdam, 1881, VI, p. 340-343.
- MICHEL DANSAC. Annales des maladies de l'oreille, Paris, 1893, t. XIX, p. 564-966.
- TISSOT. Archives de méd. nav., Paris, 1893, LX, p. 346.
- BEAUSOLEIL. Communication in Journ. de méd. Bordeaux, 1894, XXIV, p. 393.
- LERMOYEZ. Végétat. adénoïd. tuberculeuses. Annales des maladies de l'oreille, Paris, 1894, XX, p. 979.
- SCHALLE. Annales des maladies de l'oreille, t. VIII, p. 82-337.

- GUILLAUME. Végét. adén. avec accidents ceribelleux. Union méd. du Nord-Est, Reims, 1894, t. XVIII, p. 191.
- LERMOYEZ. Végét. adén. tuberculeuses. Société méd. des hôpitaux, Paris, 1894, 3<sup>e</sup> série, XI, p. 55.

## POLYPES MOUS

- MOURE. Manuel pratique des maladies des fosses nasales, Paris, 1886.
- GEHIN. thèse Nancy, 1882.
- L. GOSSELIN. Paris, 1850.
- GUICHET. Paris, 1874.
- KUENEMANN. Paris, 1872.
- LACROIX. Paris, an X (1802).
- LÉMÉRÉ. (Accidents d'arrachage), Paris.
- MATHIEU. Paris, 1875.
- DE ST-AMAND. Paris, 1825.
- SERGEANT. Paris, 1881.
- NIGOT. Paris, 1883.
- BARATOUX. Bulletin et Mém. de la Société française d'otol., Paris, 1883-1884, i, p. 76-85. Revue mens. de laryng, Bordeaux, 1883. IV, p. 353-360.
- BASSOMPIERRE. Polypes et Cocaïne. Arch. de méd. et chirurg. militaire, Paris, 1886, VII, p. 482-484.
- BESCHER. (Extraction) Journ. de méd. et de chirurgie, Paris, 1776, XLVI, p. 348-352.
- CAYREL fils. Journal de méd. et de chirurgie de Toulouse, 1844-1845, VIII, p. 33-35.
- CHASSAIGNAC. (Repullulation) Gazette des Hôpitaux, Paris, 1849, 3<sup>e</sup> série, I, p. 567. Gazette des Hôpitaux, Paris, 1854, XXVII, p. 293.
- CHENANTAIS. Granulome. Bulletin de la Société anat. de Mantes, 1879.
- CHATARD. Destruction étendue (Cancers-Sarcomes), 1860.
- CINISELLI. Galvano caustique. Bullet. gén. de thérap., Paris, 1864, LXVII, p. 59-69.
- CORNIL. Tum. adén. du phar. nasal. Journal d'anat. et de physiol., Paris, 1883, XIX, p. 578-581.

- D. (C.). Gonflement polypiforme de la muq. du nez et traitement. Bull. gén. de therap., Paris, 1833, V, p. 378-380.
- DALLIDET. Gazette hebdom. de la Société méd. de Bordeaux, 1880-1881, I, p. 481-485.
- DAUVERGNE. Solution de Lugol caustique pour empêcher la repul-  
lation, 1872.
- DEMARQUAY. Hypertr. de la muq. et du cornet inférieur. Gazette  
des Hôpit., Paris, 1861, XXXIV, p. 114. Gazette des Hôpit.,  
Paris, 1869, XLII, p. 277.
- F. (A.). (Récidive) Bulletin de therap., Paris, 1842, XXII, p. 365.
- FANO. Bulletin de la Société anat., Paris, XXIX, p. 334.
- FAUVEL. Polype muqueux. Revue méd. phot. des hôpit. de Paris,  
1875, t. VII, p. 165-168.
- GANDOLPHE. Myxomes. Mémoires de la Société de Sciences méd.  
de Lyon, 1884-1885, XXIV, p. 24-28.
- GOSSELIN. Hypertr. gland. Monit. des Hôpitaux, Paris, 1858, VI, p.  
275. Gazette des Hôpit. 1866, XXXIX, p. 453.
- GRANCHER. Adénoïdes. Annales des maladies de l'oreille, Paris,  
1886, t. XII, p. 165.
- JALAGUIER ET RUAULT. Polypes-Céphalalgie-Irritabilité, etc. Ar-  
chives de laryng. Paris, 1887-1888, I, p. 49-55.
- JOAL. Asthme et pol. Archives générales de médecine, Paris, 1882,  
7<sup>e</sup> série, t. 9, p. 440.
- LOCQUIN. Gazette des Hôpit., Paris, 1833, LVI, p. 42.
- LUC. Union médicale, Paris, 1887, 3<sup>e</sup> série, XLIII, p. 233.
- MALHERBE. Arch. de phys. norm. et path., Paris, 1879, 2<sup>e</sup> série, VI,  
p. 787-790. Bulletin de la Soc. anat. de Nantes, 1881, Paris,  
1882, V, p. 69. Journal de méd. de l'Ouest, Nantes, 1882, XVI,  
p. 371.
- MERTRUD. Gazette hebdom. de méd., Paris, 1860, t. VII, p.  
449-452.
- LOEWENBERG. Gazette des hôpit., Paris, 1878, t. LI, p. 474-484-506-  
556-572-596-611-635-651-699-772-787.
- MIGNOT. Société de Sciences méd. de Gannat. Comptes-rendus,  
Paris, 1880, XXXIV, p. 55.
- MONFALCON. Dictionn. des Sciences méd., Paris, 1820, LIV, p.  
194-218.
- MOREL LAVALLÉE. Tumeur polypiforme. Société anat., Paris, 1883,  
t. LVIII, p. 392.

- MOURE. Pseudo-tumeur des fosses nas. Revue mens. de laryng. Bordeaux, 1882, t. III, p. 4-10.
- ORY. Bulletin de la Soc. anat., Paris, 1874, XLIX, p. 912-917.
- POYET. Polypes muqueux. Bulletin de la Société anat., Paris, 1875, t. L., p. 623-627.
- POZZI. Bulletin de la Société anat., 1872-1874, XLVIj, p. 359.
- RECLUS. Bulletin de la Soc. anat., Paris, 1874, XLIX, p. 678.
- RENAUT. Bulletin de la Soc. anat., 1871, t. XLVI, p. 229.
- RIGAL J.-A. Gazette méd. de Paris, 1831, ii, p. 88-90.
- RIGAL J.-J. Annales cliniq. de Montpellier, 1810, t. XXIII, p. 211-214.
- DE ST-GERMAIN. Gazette des Hôpit., Paris, 1874, t. XLVII, p. 66.
- TERRIER. Ablation, Journ. de méd. et de chirurg. prat., Paris, 1874, XLV, p. 394-397. Sarcome. Annales des maladies de l'oreille, Paris, 1884, t. X, p. 279-282.
- TERRILLON. Traitement, Bullet. général de thérap., Paris, 1874, LXXXVII, p. 533.
- TESTELIN. Polype condylomateux, Journal de médecine, Bruxelles, 1859.
- TRÉLAT. Bullet. de la Société de chirurgie, 1874, 3<sup>e</sup> série, iii, p. 557.
- VELPEAU. Monit. des Hôpit., Paris, 1857, t. V, p. 395-397.
- VERCHÈRE. Archiv. de laryng., Paris, 1887, t. i, p. 3-15.
- WAGNIER. Traitement des fibro-myxomes, Revue de Laryng, Paris, 1893, t. XIII, p. 961. Revue de Laryng., Paris, 1894, t. V, p. 148.
- LUC. Myxome nasal particulier, Arch. int. du larynx, Paris, 1893, t. VI, p. 337-348.
- ONODI. Revue de laryngologie, Paris, 1894, t. XIV, p. 13.
- GUYE. Polype des choanes, Presse méd. Belge, Bruxelles, 1894, XLVI, p. 241.
- GOUGUENHEIN. Polype muqueux, Union méd., Paris, 1894, 3<sup>e</sup> série, LVIII, p. 493.
- LUC. Variété rare de Myxome nasal, Gazette méd. de Picardie, Amiens, 1894, t. XII, p. 28-48.
- NATIER. Sarcomes, Revue interne de Rhinologie, Paris, 1894, t. IV, p. 13.
- RIPAULT. Ablation, Gazette méd. de Paris, 1894, 9<sup>e</sup> série, p. 65, Gazette des Hôpit., Paris, 1894, t. LXVII, p. 1181.
- JACQUEMART. Revue de Laryng, Paris, 1893, t. XIII, p. 84-132.
- BEAUMONT. N° 218, Etiologie des Polypes muqueux.

DELIE. Traitement des Polypes muqueux, Revue internat. de Rhinologie, Paris, 1894, t. IV, p. 121-124.

### CORYZA CHRONIQUE

FERRIÈS. thèse Paris, 1860.

BOUDANT (Mont Dore). Lyon méd. 1870, t. V, p. 166-171.

CAZALIS. Annales de la Société d'hydrol. méd. de Paris, 1877-78, t. XXXIII, p. 388.

LOEWENBERG. Union méd., Paris, 1881, 3<sup>e</sup> série, XXXII, p. 157-161. Revue mens. de Laryng., Bordeaux, 1881, t. II, p. 409-415.

LUC (Inhalaison d'iode). Recueils de Mémoires de méd. milit., Paris, 1865, 3<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 126.

MEGÈS. Union méd., Paris, 1865, 2<sup>e</sup> série, XXVIII, p. 537.

MENUDIER (Guérison de cas rebelle). Union méd., Paris, 1852, t. VI, p. 116.

PÉRIER. Coryza caséeux, Bulletin de la Société de chirurg. de Paris, 1879, t. V, p. 779.

REVERDIN. Bullet. de la Société anat., Paris, 1870, t. XLV, p. 417.

SAINT MARTIN. Vapeurs d'acide acétique, Bullet. gén. de thérap., Paris, 1850, t. XXXVIII, p. 409.

SALES GIRON. Traitement, Revue méd. franc. et étrang., Paris, 1863, t. I, p. 539-549.

TEISSIER. Nitrate d'arg., Bullet. gén. de thérap., Paris, 1845, t. XXVIII, p. 419.

LERMOYEZ. Traitement. mercredi Médical, Paris, 1894, t. V, p. 309.

RAUGÉ. Coryza chronique, Bullet. méd., Paris, 1893, t. VII, p. 503.

### RHINITE

COURJON. thèse Paris, 1881.

DESOIVRES. Paris, 1865.

DUBIEF. Paris, 1878.

FARGES. Paris, 1884.

FONTANILLE. Bordeaux, 1885.

GELLÉ. Paris, 1885. Précis des maladies de l'oreille, etc.

GOURJON. Paris, 1881.

- MACKENZIE. Traité des maladies du nez, etc. Trad. Moure, Paris, 1887.
- MICHEL. Traité des maladies des fosses nas., Bruxelles, 1879.
- VÉRITÉ (Concrétions muqueuses). Paris, 1881.
- VILLEDARDY (Varices nasales. Traitement.), Bordeaux, 1887.
- CARTAZ (Rhinite professionnelle). France méd., 1887, t. I, p. 670-674.
- CAZENAVE. Gazette méd. de Paris, 1839, t. VII, p. 442-445.
- CHATELLIER. Annales des malad. de l'oreille, etc., Paris, 1887, t. XIII, p. 233-239. Compt. rendu de la Soc. de Biolog., Paris, 1888, 8<sup>e</sup> série, t. V, p. 65.
- GARRIGOU, DESORÈNES et MECIÉ (Cat. chron.) galvano-cautérisat. Gazette méd. et chirurg. du nez, etc. Encyclop. internat. de chirurg., Paris, 1884, t. V, p. 395-484.
- RULLIER. Dictionn. des sciences méd., Paris, 1819, t. XXXVI, p. 46-74.
- SCHLEICHER. Annales de la Société de méd. d'Anvers, 1886, t. XLVII, p. 493-537.
- SCHRÖETTER. Annales des maladies de l'oreille, Paris, 1877, t. III, p. 213-224.
- TERRILLON. Hypertrop. de la muqueuse, Progrès médical, Paris, 1885, 2<sup>e</sup> série, t. I, p. 391-409.
- TILLOT. Rhinite chroniq., traitem. par pulvéris., Annales des malad. de l'oreille, Paris, 1875, t. I, p. 112-137.
- MOURE. Asthme et sténose nas., Bordeaux, 1883.
- PUJOL (Nez et oreille). Paris, 1884.
- SOURDRELLES (Nez et névrose). Paris, 1887.
- BARATOUX. Revue mens. de Laryng., Paris, 1885, t. V, 637-641. Progrès médical, Paris, 1885, 2<sup>e</sup> série, t. II, p. 329.
- BRÉBION. Aphonie et nez. Revue mens. de laryng., Paris, 1885, t. V, p. 641-646.
- CALMETTES. Névroses reflexes. Progrès médical, Paris, 1887, 2<sup>e</sup> série, t. VI, p. 20.
- Capart. Névroses reflexes. Congr. intern. de Laryng. 1880; Milan, 1882, t. I, p. 249-259. Bruxelles, 1881, p. 14-24.
- CARTAZ. Névroses, Progr. méd., Paris, 1885, t. II, p. 1065-1077.
- GELLÉ (Chorée consécut.). Société de Biolog., Paris, 1883, 7<sup>e</sup> série, t. IV, p. 677-679.
- HÉRING (Spasme laryng. reflexe). Revue mens. de Laryng., Paris

- 1885, t. V, p. 646-649. Annales des maladies de l'oreille, Paris, 1886, t. XII, p. 45-89.
- LICHTWITZ. Revue mens. de Laryng., Paris, 1886, t. VI, p. 16-57.
- LONGUET. Toux nasale. Union méd., Paris, 1884, 3<sup>e</sup> série, t. XXXVII, p. 133-136.
- MACKENZIE. Annales des malad. de l'oreille, Paris, 1887, t. XIII, p. 457-475.
- MOURE. Névroses réflexes. Société de méd. et de chirurg. de Bordeaux, 1886-87, p. 621-634. Journal de méd. de Bordeaux, 1886-87, t. XVI, p. 229-234.
- PERCEPIED. Orite moy. par introd. de liquide dans la caisse pend. irrigation nasale. Union médicale de la Seine-Inf., 1886. Rouen, 1887, t. XXV, p. 21-26.
- RUAUT. Névroses réflexes nasales. Gazette des Hôpitaux, Paris, 1887, t. LX, p. 1253-1264.
- SCHMIÉGELOW. Relation entre névrose réflexe et maladie du nez.
- TERRILLON. Polypes muqueux et asthme. Progrès méd., Paris, 1885, t. VI, p. 217-222.
- GARRIGOU-DESARÈNES. (Catarr. chron. hypertr.), Galvano-cautérisat., Paris, 1888.
- MASUCCI. Douches nasales d'air (Méth. de Massei). Congrès intern. de Laryng., 1880.
- NOQUET. (Rhinite hyp.). Bulletin méd. du Nord, Lille, 1883, t. XXIII, p. 483.
- TILLOT. Catarrh. nas. Traitement. douches. Annales des maladies de l'oreille, Paris, 1879, t. V, p. 32-81.
- VERGNIAUD. Rhinite catarr. chron. anosmie. Revue de Laring., Paris, 1894, t. XV, p. 759.
- SEIFERT. Rhinite aiguë. Annales des maladies de l'oreille, Paris, 1894, t. XX, p. 1446.
- RENOUS. Migraine et hypertrop. des Cornets, thèse Paris, 1892.
- COUPARD. Accid. génér. causés par la végétation. Gazette des Hôpitaux, 1892, t. LXV, p. 1399.
- TISSIER. Anat. pathol. des Rhinites chroniq. Annales des maladies de l'oreille, Paris, 1893, t. XIX, p. 553.
- YVONNEAU. Pommade au perchlorure de fer. Monit. des Hopit., Paris, 1854.
- NELATON. Cautérisat. à l'acide nitrique monohydraté. Journal de méd. et de chirurg. pratiq., 1853.

- JUDOKIUS DE ROOSE. Polype guéri par suif fondu. Journal de méd. et de chirurg., Paris, 1767, t. XXVI, p. 536.
- JACQUEMART. Pseudo-polype. Annales de la Soc. d'Otolog., Paris, 1883.
- DUPLAY ET BARTHELEMY. Traitement du naso-pharynx par inject. du chlor. de zinc. 1880, Archiv. génér. de médecine.
- INGELS. Obser. sur cette thérap. Ann. de la Société de médecine de Gand, 1880.
- LICHTWITZ. Hydrorrhée nasale. Archiv. cliniq. de Bordeaux, 1892. t. I, p. 546.
- PEYRAGA. thèse Paris, 1873. Ecoulem. nasal.
- BOUCHER. Coryza. thèse Paris, 1826, N° 180.
- HENRY. Catarrhe, 1818, N° 258.
- LEMONNIER. Coryza, an XI, N° 369.
- LAMAIRESSE. Catarrh. nasal, 1839. N° 47.
- BARTHÈS. Catarrh. nasal, 1839, N° 265.
- LALAUX. Coryza, 1842, N° 262.
- PEYRAUD. Coryza, 1843. N° 203.
- DEDIEU. Rhinite purulente infantile, 1895, N° 151.
- LECOINTRE. Hypertroph. du segm. post. des cornets du nez, 1895.
- CHABORY. Affections nasales et respiratoires, 1894, N° 197.
- RICHET. Ecole de méd., Paris, 1876, t. III, N° 196.
- ASTIER. Traitement du rétrécissement des foss. nas. Revue de Laryng., Paris, 1892, t. XII, p. 399-412.
- DUPLAIX. Stridulisme et végétat. Gazette des Hôpitaux, Paris, 1892, t. LXV, p. 1125.

## RHINOSCOPIE

- KRISHABER. Dictionn. encyclop., 1876, 3<sup>e</sup> série, t. IV, p. 382.
- LUC. Archiv. génér. de méd., Paris, 1887, t. I, p. 716.

## INJECTIONS NASALES

- PISSOT. Indications des lavages, thèse Paris, 1895.
- DELVAUX. Bruxelles, 1859, t. XXVIII, p. 145.

- RAIMBERT. Journ. de méd. et de chirurg., Bruxelles, 1867, t. XLV, p. 17. Gazette des Hôpit., 1867, t. XL, p. 451.
- TAVIGNOT. De la cautérisat. du nez dans les ophtalmies.
- GIRARD. Bulletin scientifi. du Département du Nord, Paris, 1880, t. III, p. 11.
- SAPPEY. Recherches sur les gl. de la pituitaire. Gazette méd. de Paris, 1853, 3<sup>e</sup> série, t. VII, p. 543.
- BLONDIAU. Du massage vibrat. dans les aff. nas. Revue internat. de rhinol., Paris, 1894, t. IV, p. 133-140.
- DELIE. Traitement des Polypes muqueux. Revue intern. de rhinologie, Paris, 1894, t. IV, p. 121-124.
- GUILLAUME. Végét. adénoïde avec accidents ceribelleux. Union méd. du Nord-Est, Reims, 1894, t. XVIII, p. 191.
- LERMOYEZ. Végét. adénoïde tubercul. Soc. méd. des Hôpit., Paris, 1894, 3<sup>e</sup> série, t. XI, p. 55.
- BOUFFÉ. Stenose nasale. Dilatation par des bougies. Revue de Laryng. Paris, 1893, t. XIII, p. 966.
- GRADENIGO. Vertigo d'orig. nasale. Revue intern. de Rhinolog., Paris, 1893, t. III, p. 37.
- KAFEMANN. Rapports du tissu adén. avec paresthesies de la gorge. Revue intern. de Rhinolog., Paris, 1893, t. III, p. 13-17.
- CHABORY. Influence des affections nas. sur le tube digestif. Progrès méd., Paris 1893, 2<sup>e</sup> série, t. XVIII, p. 33.
- WURTZ ET LERMOYEZ. Mucus nasal bactéricide. Annales des maladies de l'oreille, Paris, 1893, t. XIX, p. 661.
- FLIESS. Reflex. d'orig. nas. Archives internat. de laryng., Paris, 1893, t. VI, p. 266.

## COCAINE

- MOURE et BARATOUX. Revue mensuelle de l'oreille. Paris, 1884, t. v., p. 407.
- RUALT. Cocaïne hémostatique dans les épistaxis. Progrès méd. Paris 1887, t. II, p. 1379.
- BAIN. thèse Paris, 1877.
- DEMARLE. Paris, 1862.
- GAZEAU. Paris, 1870.
- MORENO Y MAÍZ. Paris, 1868.

- SOUDÉE. Paris, 1874.
- COLLIN. Union méd. Paris, 1877, 3<sup>e</sup> série, t. XXIV, p. 239.
- JOLYET. Société de Biologie, Paris, 1867-1869, 4<sup>e</sup> série, t. IV. p. 162.
- MARIANI. Thèse Paris, 1888. Revue de thérap. médico-chirurg. Paris, 1872, p. 148-152. Monde pharm. Paris, 1875, t. IV, p. 25.
- ROSSIER. Echo méd. de Neufchâtel, 1861, t. V, p. 193-198.
- SCAGILLA. Gazett. des Hopitaux, Paris, 1877, t. L, p. 427.
- ADUCCO. Actions plus intenses par répétition des doses.
- BARAU. 27 juin 1895.
- ABADIE. Société d'opht. 20 avril 1888.
- ADLER. Gazett. thérap. 15 août 1892.
- ARLOUIG. Société Biolog., 1885, Lyon méd. 17 mai 1885.
- AUBER. Paris, 1892.
- BEUGNIER CORBEAU. Bulet. gén. de thérap. 1884, p. 529 et 1885 p. 488.
- BERGER. Société de Biolog. Paris, 1893, 9<sup>e</sup> série, t. V, p. 63.
- BIGNON. Bulletin gén. de thérap. méd., chirurg. et obst.
- BOUCHARD. Lille, 1890.
- BOUSQUET. Bulletin de la Société chirurg., 1891, t. XVI, p. 297.
- CHEVALLEREAU. France méd., 27 février 1877.
- CHOUPE. Société de Biologie, 12 février 1889, 26 octobre 1887.
- COMBES. Congrès français de chirurgie, 1893.
- COMPAIN. Paris, 1885.
- COURTADE. Bulletin thérap. 1885, t. CVIII, p. 488.
- DALLY. Société de thérap. 23 mars 1886.
- DELBOST. Paris, 1889.
- DELAPORTE, Paris, 1891.
- DESTREE. Presse méd. Belge, Bruxelles, 1888, t. XI, p. 305.
- DUCHESNE. Paris, 1887.
- DUFURNIER. Archiv. gén. de méd., octob. 1889.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. Nouvelle médication, p. 176.
- FILLON. Paris, 1895.
- GAUTHIER. Revue de méd. et de chirurg. 7 octob. 1891, 12 juillet 1888.
- GLEYS. Soc. de Biologie, juin 1891.
- GRASSET. Sem. méd., 12 août 1886.
- HUGENSCHMIDT. Bulletin méd., 1888, p. 195. sem. méd. 28 janv. 1893.
- JAKSON. New-York méd. rev 1893, p. 203.

- KUMMER. Revue méd. de la Suisse romande, 1890, p. 354.
- KYLE Tropa-cocaïne therap. Gazett. 16 janvier 1893.
- LABORDE. Société Biolog., octobre 1887.
- LAFFONT. Société Biolog., 13 déc. 1887.
- LÉPINE. Sem. méd. Paris 1889, t. IX, p. 169.
- LÉPINE. Sem. méd., 22 mai 1889.
- MAGITOT. Rapport à l'Académie de médecine, 1891.
- MAGNAN. Société de Biolog., 26 janvier 1889, 9<sup>e</sup> t.série I, p. 60.
- MAUREL. Bulletin général de therap, 15 mars 1892.
- MINKIEWICK. Société méd. 1<sup>er</sup> déc. 1886.
- MOREAU. Société Biolog., 1888.
- OLLIVIER. Annales de polycl. de Paris, 1890, p. 255.
- POINSOT. Phényl cocaïne. Analyse des malad. de l'oreille. Paris, 1893, t. XIX, p. 424.
- PRETERRE. Cocaïne en chirurgie dentaire.
- RECLUS et ISCHWAAL. Revue de chirurg., 1889.
- RECLUS. Clinique chirurg. de la Pitié, 1<sup>er</sup> vol. 1894.
- RIET. Sem. méd. Paris, 1893, p. 33.
- RIGHET, Acad. des Sciences, 5 mai, 1888.
- RIGOLET. Paris, 1885.
- ROUX. Revue méd. de la Suisse romande, 1889, p. 85.
- SONNIÉ MORET. Paris 1893.
- SUAREZ. Sem. méd. 1889, p. 166. Revue de Laryng. Paris, 1889, t. IX, p. 406.
- TOUAILLE DE LARABRIE. Paris, 1895.
- TILLAX. Gazett. des Hôpitaux, 14 août 1886.
- BUSCARLET. Revue méd. de la Suisse romande, Genève, 1889, t. IX, p. 34-38.
- BARDI. Archives ital. de Biolog. Turin, 1889, t. XI, p. 70. 81.
- MOIZARD. Revue mens. des maladies de l'enfance. Paris, 1888, t. VI, p. 480.
- VIAU. Paris 1893, t. XIII, p. 97 et 388.



# TABLE DES MATIÈRES

---

|                   | Pages. |
|-------------------|--------|
| PRÉFACE . . . . . | 5      |

## CHAPITRE I

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Observation personnelle. . . . . | 13 |
|----------------------------------|----|

## CHAPITRE II

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| § 1. Rhinite hypertrophique. Définition . . . . . | 44 |
| § 2. Étiologie . . . . .                          | 45 |
| § 3. Siège et fréquence . . . . .                 | 49 |
| § 4. Anatomie pathologique. . . . .               | 50 |
| § 5. Symptomatologie. Diagnostic. . . . .         | 54 |
| § 6. Complications. . . . .                       | 56 |
| § 7. A. Névroses réflexes . . . . .               | 57 |
| B. Leur pathogénie. . . . .                       | 65 |

## CHAPITRE III

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Traitement de la rhinite hypertrophique. . . . .                                                  | 72  |
| § 1. Traitement des polypes et de l'hypertrophie de la queue<br>du cornet inférieur. . . . .      | 73  |
| § 2. Traitement de la rhinite hypertrophique vaso-motrice,<br>et de ses symptômes locaux. . . . . | 79  |
| CONCLUSION . . . . .                                                                              | 100 |
| Index bibliographique. . . . .                                                                    | 102 |





